



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2010

**Marmor, Stein und Eisen bricht... Alles, was Pädiater über die Eisentherapie
bei Frühgeborenen wissen müssen. Mit konkreten Empfehlungen für den
Praxisalltag**

Konetzny, G

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-44133>

Journal Article

Originally published at:

Konetzny, G (2010). Marmor, Stein und Eisen bricht... Alles, was Pädiater über die Eisentherapie bei Frühgeborenen wissen müssen. Mit konkreten Empfehlungen für den Praxisalltag. ForumNews – Zeitschrift für Praxispädiatrie, (3):20-21.



Managed Care:

Was Kinder- und Jugendärzte wissen müssen

Fortbildung:

Das neue Kursprogramm

SVUPP:

Hüftdysplasie-Projekt in der Mongolei auf gutem Weg



Kinderhaut- Therapiekonzept

für die topische Behandlung



Balmamol® Z: 300mg Mandelöl, 693mg dünnflüssiges Paraffin pro 1g Badeöl. I: Begleitbehandlung von Hauterkrankungen, die durch fettarme, trockene, schuppige oder rissige Haut gekennzeichnet sind (z.B. Neurodermitis, Seborrhoe, Juckreiz, Psoriasis, Ichthyosis, empfindliche trockene Säuglings- und Kinderhaut, Altershaut). D: 15–30ml/Vollbad; Säuglinge: 5–10ml/ Vollbad. Auch als Hautöl direkt auf die Haut. KI: Keine bekannt. VM: Keine bekannt. UAW: Keine bekannt. SS/ST: Keine Einschränkungen. P: Flasche à 225ml Badeöl. Liste D, SL Weiterführende Informationen entnehmen Sie dem Arzneimittel-Kompodium der Schweiz. 0710

Excipial® Crème, Fettcrème, Fettsalbe, Mandelölsalbe Z: Crème: Lipidgehalt 35.5%; Fettcrème: Lipidgehalt 54%; Fettsalbe: Lipidgehalt 100%; Mandelölsalbe: Mandelöl 751mg/g, Zinkoxid 40mg/g, Lipidgehalt 96%. I: Hautpflege, Intervallbehandlung mit Kortikoidpräparaten, Grundlagen für magistrale Rezepturen. D: 2–3 x tgl. auftragen. KI: Überempfindlichkeit auf einen Inhaltsstoff. UAW: Unverträglichkeitsreaktionen sind nicht auszuschliessen. SS/ST: Keine Einschränkungen. P: Crème, Fettcrème, Mandelölsalbe: Tuben à 30g und 100g. Fettsalbe: Tuben à 100g. Liste D, SL Weiterführende Informationen entnehmen Sie dem Arzneimittel-Kompodium der Schweiz. 0710

Imazol® Z: Crème: Clotrimazol 10mg/g, Hexamidindioethionat 2.5mg/g. Crémepaste: Clotrimazol 10mg/g. I: Crème: Hautinfektionen, insbesondere Interdigitalmykosen, Mykosen der Hautfalten, Pityriasis versicolor, Erythrasma. Crémepaste: Windeldermatitis und grossflächige nässende Läsionen. D: 2 x tgl. auftragen. Ausserlich auf saubere, trockene Haut. Therapiedauer Candidainfektionen 2 Wo., Dermatophyteninfektionen bis zu 6 Wo. KI: Überempfindlichkeit gegen einen der Inhaltsstoffe. VM: Augenkontakt vermeiden. Crème: nicht auf Glans penis und unter Okklusivverbänden anwenden. IA: Amphotericin und anderen Polyantibiotika. UAW: Unverträglichkeits- oder Hautreaktionen auf Clotrimazol, Kontaktsensibilisierung auf Hexamidindioethionat. SS/ST: Schwangerschaft: Nur bei zwingender Indikation. Stillzeit: Keine Daten vorhanden, nicht auf den Brüsten anwenden oder abstillen. P: Crème: Tube à 30g, Liste B, SL. Crémepaste: Tube à 30g, Liste C, SL. Weiterführende Informationen entnehmen Sie dem Arzneimittel-Kompodium der Schweiz. 0710

Premandol® Z: Prednisolon acetat 2.5mg/g, Mandelöl, Zink. I: Trockene, schuppige, nicht infektiöse Hautläsionen auch empfindlicher Hautpartien. Subakute und chronische nicht infizierte Ekzeme verschiedener Genese wie z.B. Neurodermitis. Auch als Stufen- und Intervalltherapie. D: Erw. und Kinder >6 J.: lokal 1–2 x/Tag, später 1 x/Tag, Kinder <6 J.: nicht grossflächig, max. 3 Wo. KI: Virale und bakterielle Hautinfektionen, Impfreaktionen, Hautulcera, Akne, Rosacea, periorale Dermatitis, Überempfindlichkeit auf einen Inhaltsstoff. VM: Vorsicht im Bereich der Schleimhäute wegen erhöhter Resorption, Vorsicht im Gesicht, im Intertrigobereich und in der Pädiatrie. Nicht länger als 2–3 W. anwenden. IA: Topische Steroidantibiotika (Fusidinsäure), Chemotherapeutika vom Typ der quaternären Ammoniumbasen. UAW: Unverträglichkeits- oder Hautreaktionen, lokale Kortikoidnebenwirkungen, endokrine Störungen nur bei grossflächiger und langandauernder Anwendung möglich. SS/ST: Schwangerschaft: Nur bei zwingender Indikation, nicht langfristig, nicht grossflächig. Stillzeit: Anwendung auf den Brüsten nicht unmittelbar vor dem Stillen. P: Salbe: Tube à 20g, Liste B, SL. Tube à 100g Liste B, SL (Grand-Frère). Weiterführende Informationen entnehmen Sie dem Arzneimittel-Kompodium der Schweiz. 0710/150710

Spirig Pharma AG, Froshackerstrasse 6, CH-4622 Egerkingen, Telefon 062 387 87 87, Fax 062 387 87 99, www.spirig.ch

spirig



IMPRESSUM

REDAKTIONSTEAM:
Dr. Manuela Hany, Winterthur; Dr. Christian Knoll, Biel;
Dr. Cyril Lüdin, Muttens; Dr. Jacqueline Meyer Menzi,
Pfäffikon; Dr. Carsten Peters, Frauenfeld (Leitung);
Dr. Herbert Suter, Lyss; Dr. Rolf Temperli, Liebfeld;
Dr. Richard Traunecker, Herisau; Simon Hubacher,
Geschäftsführer FPP, Zürich

HERAUSGEBERIN:
Verlag Praxispädiatrie GmbH,
Breitingerstrasse 23, 8002 Zürich

TITELBILD:
© haitaucher39 – Fotolia.com

KORRESPONDENZ:
Forum Praxispädiatrie FPP
Breitingerstrasse 23, 8002 Zürich
Telefon 044 520 27 17, Fax 043 344 92 67
info@praxispaediatriche.ch, www.praxispaediatriche.ch

GRAFIK, SATZ UND DRUCK:
Vogt-Schild Druck AG
CH-4552 Derendingen
Auflage: 1600 Ex.
Nächste Ausgabe: Winter 2010
Redaktionsschluss: 13. Oktober 2010



Mix

Produktgruppe aus vorbildlich bewirtschafteten
Wäldern und anderen kontrollierten Herkünften
www.fsc.org Zert.-Nr. IMO-COC-025036
© 1996 Forest Stewardship Council

VORSTAND/GESCHÄFTSSTELLE

- 5 Editorial – Vom Rückzug ins Schneckenhaus

BERUFSPOLITIK

- 6 Managed Care: Das Ei des Kolumbus?

FPP INTERN

- 9 Jahresbericht 2009/2010 Forum Praxispädiatrie FPP
11 Jahrestagung – Fremdes verstehen?
Annäherung an verschiedene Kulturen
15 FPP-Website: Informationsdrehscheibe ausgebaut

FORTBILDUNG

- 17 Tonsillopharyngitis: To treat or not to treat?
20 Marmor, Stein und Eisen bricht...
24 Wie Lausbefall richtig behandelt wird
27 Das Cholesteatom: Wie erkennen, wie therapieren?
30 «Integration: Eingliedern oder Vereinigung einer Vielheit
zu einem Ganzen»

PROJEKTE

- 32 Entwicklungszusammenarbeit in Haiti:
Die einzige Konstante ist der ständige Wechsel!

TAGUNGSBERICHTE

- 36 Praxisluft schnuppern

KURSE/WORKSHOPS/FORTBILDUNGEN

SVUPP

- 40 Von Tübinger Schienen und Satteltaschen
43 Ultraschallkurse
44 Jahresbericht SVUPP, 2009–2010

LESERBRIEFE/HINWEISE

CARTOON



Haben Sie Anregungen, Kritik oder Lob?
Dann schicken Sie uns eine E-Mail an:
info@praxispaediatriche.ch
Wir freuen uns.

Die Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs mit 4 Papillomavirus-Typen



GARDASIL®
Humaner Papillomavirus-Impfstoff
[Typen 6, 11, 16, 18]
(Rekombinant, adsorbiert)

GARDASIL® ist ein Impfstoff zur Prävention von:

Indikationen

- ☒ **Gebärmutterhalskrebs^{1, a)}**
- ☒ **hochgradigen zervikalen intraepithelialen Neoplasien¹**
- ☒ **hochgradigen vulvären intraepithelialen Neoplasien¹**
- ☒ **Genitalwarzen¹**
- ☒ **hochgradigen vaginalen intraepithelialen Läsionen¹**
... jeweils verursacht durch die HPV-Typen 6, 11, 16 und 18¹

Zusatznutzen

- ☒ **GARDASIL® hat auch eine zusätzliche kreuz-protective Wirkung auf CIN 2/3 gezeigt¹**



sanofi pasteur MSD
impfstoffe fürs leben

Zur Prävention eines breiten Spektrums HPV-bedingter anogenitaler Erkrankungen^{b)}



GARDASIL® Z: Eine Impfdosis (0.5 ml) Impfstoffsuspension enthält ca. 20 µg HPV-Typ 6 L1-Protein, 40 µg HPV-Typ 11 L1-Protein, 40 µg HPV-Typ 16 L1-Protein, 20 µg HPV-Typ 18 L1-Protein. I: Prävention von Vorstufen maligner Läsionen im Genitalbereich (Zervix, Vulva und Vagina), Zervixkarzinomen und äusseren Genitalwarzen (Condylomata acuminata), die durch die Typen 6, 11, 16 und 18 des humanen Papillomavirus (HPV) verursacht werden. D: Grundimmunisierung: 3 Einzeldosen zu je 0.5 ml, die gemäss Impfschema 0, 2, 6 Monate verabreicht werden. Der Impfstoff ist intramuskulär anzuwenden. Die Anwendung von GARDASIL® bei Kindern unter 9 Jahren wird nicht empfohlen. KI: Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder gegen einen der sonstigen Bestandteile. VM: Wie bei allen injizierbaren Impfstoffen sollten für den Fall seltener anaphylaktischer Reaktionen nach Gabe des Impfstoffs geeignete Behandlungsmöglichkeiten unmittelbar zur Verfügung stehen. UW: Fieber, Erythem, Schmerzen, Schwellung. P: Fertigspritze (1 Impfdosis) mit zwei separat eingeblisterten Nadeln. Packungen mit 1 und 10 Fertigspritzen. (Liste B) Stand der Information: 06/2009. Sanofi Pasteur MSD AG, Gulmatt, 6340 Baar. Referenz: 1 Fachinformation Gardasil, www.documed.ch.

a) Bezogen auf HPV 16/18. b) Zervixkarzinome, zervikale intraepitheliale Neoplasien höheren Grades, vulväre intraepitheliale Neoplasien höheren Grades, vaginale intraepitheliale Neoplasien höheren Grades und Genitalwarzen, die durch humane Papillomaviren der Typen 6, 11, 16, 18 verursacht werden.

e d i t o r i a l

5

Vom Rückzug ins Schneckenhaus

VON MANUELA HANY, CO-PRÄSIDENTIN FPP, UND
SIMON HUBACHER, GESCHÄFTSSTELLE FPP



MANUELA HANY



SIMON HUBACHER

Wir befinden uns in einer Zeit des Umbruchs. Auf politischer Ebene beschäftigen uns neue Modelle wie beispielsweise die integrierten Ärztenetzwerke (mehr dazu im Heftinnern). Der Verband der Hausärzte (ehemals HAeCH, neu «Haus- und Kinderärztinnen Schweiz») hat sich inzwischen formiert, indem wir unbedingt unsere Mitwirkung sicherstellen müssen.

Nach einigen Anläufen konnten zusammen mit der SGP vier engagierte Pädiater gefunden werden, die sich bei den MFE (= Médecins de Famille et de l'Enfance; mögliche neue Abkürzung für den Verband) engagieren wollen. Darüber hinaus müssen Arbeitsgruppen zu Themen wie Qualitätskontrolle, Standespolitik oder Tariffragen gebildet werden. Wichtige Themen, die für unseren Berufsstand teilweise von existenzieller Bedeutung sind. Trotzdem wird es nicht einfacher, Mitglieder zu finden, die im Forum aktiv mitarbeiten wollen. Ob Mann oder Frau – man grenzt sich lieber ab.

Doch nur wer mitredet, kann Veränderungen herbeiführen. Und damit seinen Teil beitragen, die Zukunft unseres Berufsstandes mitzugestalten. Der Rückzug ins Schneckenhaus ist keine Lösung. Wir alle verfolgen letztlich das selbe Ziel: Schweizweit eine gute Versorgung der Kinder durch zufriedene und kompetente Kinderärzte sicherzustellen. Daran müssen wir arbeiten. Und dafür braucht es unseren Einsatz. Ohne den kommen wir ansonsten nicht vom Fleck...



Managed Care: Das Ei des Kolumbus?

Integrierte Ärztenetzwerke sollen gemäs Bundesrat und Parlament unter dem Stichwort Managed Care zum Standard werden. Damit kommen auf viele Kinder- und Jugendärzte neue Aufgaben wie Budgetverantwortung oder Qualitätssicherung zu. Dieses Mal meint es die Politik ernst – umkehren lässt sich diese Entwicklung kaum mehr.

VON SIMON HUBACHER,
GESCHÄFTSSTELLE FPP

Der Nationalrat hat in seiner Sommersession im Juni einen wichtigen Schritt für eine Neuordnung der ambulanten Gesundheitsversorgung gemacht. Mit 101 zu 43 Stimmen bei 24 Enthaltungen stellte er sich am Ende einer siebenstündigen Debatte klar hinter die Managed-Care-Reform. Stimmt in der Wintersession auch der Ständerat dem Gesetz zu, wovon derzeit auszugehen ist, sollen ab 2012 Managed-Care-Modelle zum Regelfall werden. Als integriertes Versorgungsnetz gilt eine Gruppe von Leistungserbringern wie Haus-, Spezialärzte und weitere medizinische Fachpersonen, welche die Behandlung von Patienten koordinieren. Bundesrat und Parlament sehen im Managed-Care-Modell ein taugliches Rezept gegen die steigenden Kosten im Gesundheitswesen. Und sie erhoffen sich einen Stopp der jedes Jahr wachsenden Krankenkassenprämien. Dank finanziellen Anreizen soll in erster Linie die Patienten-Nachfrage das Angebot an integrierten Versorgungsnetzen ankurbeln. Wer künftig an der freien Arztwahl festhält, muss 20 Prozent der die Franchise übersteigenden Gesundheitskosten bezah-

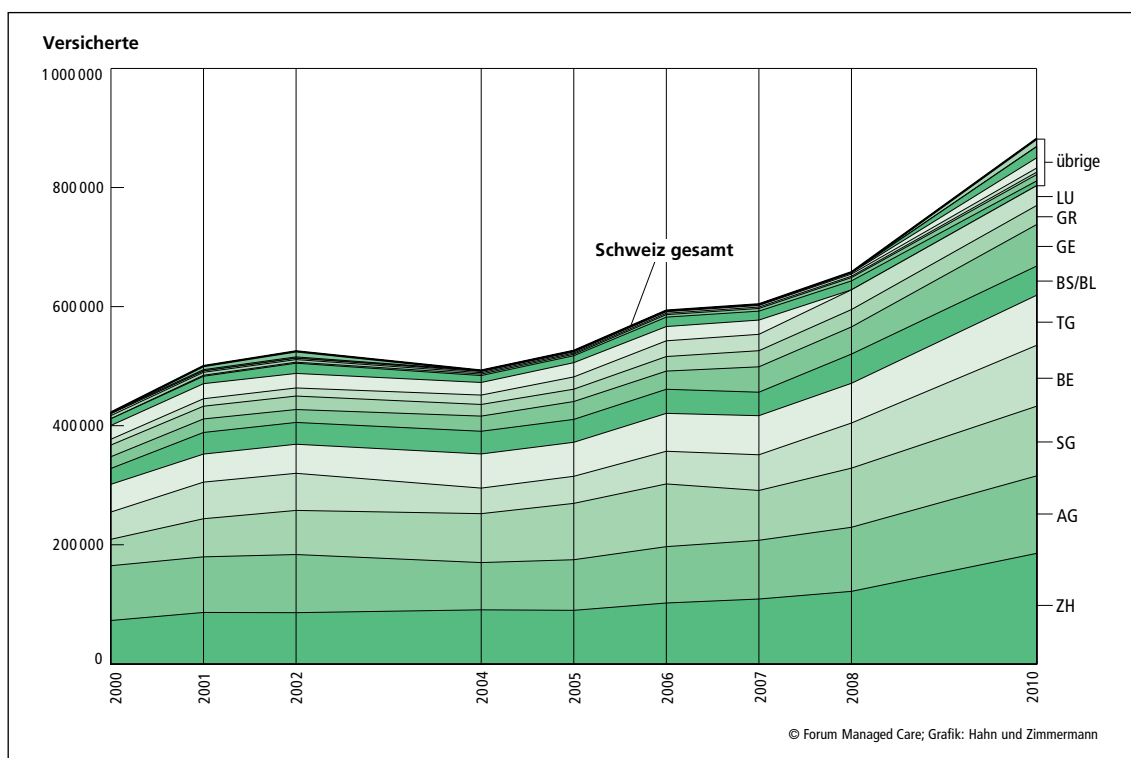
len. Wer sich für Managed Care entscheidet, bleibt beim heutigen Selbstbehalt von 10 Prozent.

Gesundheitsminister Didier Burkhalter relativierte in der Parlamentsdebatte die Frage des prozentualen Selbstbehalts: Wichtiger sei die Höhe des absoluten maximalen Selbstbehalts, den man je nach Prozentsatz etwas früher oder später erreiche. Burkhalter nannte als Richtwerte 500 Franken für in Netzwerken und 1000 Franken für traditionell Versicherte. Heute beträgt der Selbstbehalt maximal 700 Franken.

Der Nationalrat will, dass Versicherte in der Regel drei Jahre lang in einem Managed-Care-Modell verbleiben müssen, ausser sie bezahlen eine Austrittsprämie. Deswegen stimmte die Linke der Reform in der Gesamtabstimmung nicht zu. Die Zürcher SP-Nationalrätin Jacqueline Fehr drohte sogar mit dem Referendum der Patientenorganisationen. Aber nicht nur von den Versicherten werden Opfer verlangt. Auch die Versicherer werden in die Pflicht genommen: Sie müssen künftig überall mindestens ein Managed-Care-Modell anbieten.

Fortsetzung auf Seite 8

Abbildung 1:
Entwicklung der
Anzahl der Versicherten
in Ärztenetzen
pro Kanton und
ganze Schweiz,
2000–2010.



Managed Care: Das will die Politik

Der Gesetzgeber spricht von sogenannten «integrierten Versorgungsnetzen». Gemäss der bundesrätlichen Vorlage kann sich eine Gruppe von Leistungserbringern in einem integrierten Versorgungsnetz zusammenschliessen und mit einem oder mehreren Versicherern vertraglich vereinbaren, dass die Behandlung der Versicherten ausschliesslich vom integrierten Versorgungsnetz übernommen wird. Der Vertrag regelt insbesondere die Fragen der Zusammenarbeit, des Informationsaustausches, der Qualitätssicherung und der Vergütung der Leistungen.

In integrierten Versorgungsnetzen wird der Behandlungsprozess der im Versorgungsnetz versicherten Personen über die ganze Behandlungskette hinweg koordiniert. Das integrierte Versorgungsnetz muss alle Leistungen der obligatorischen Kranken-

pflegeversicherung anbieten. Im Rahmen des definierten Behandlungsprozesses können über die gesetzlichen Pflichtleistungen hinausgehende Leistungen vorgesehen werden. Die in integrierten Versorgungsnetzen zusammengeschlossenen Leistungserbringer übernehmen im vertraglich vereinbarten Umfang die finanzielle Verantwortung für die medizinische Versorgung der im Versorgungsnetz betreuten Versicherten (Budgetverantwortung).

Nachdem der Nationalrat der Vorlage in dieser Sommersession zugestimmt hat, geht das Geschäft in der Wintersession in den Ständerat. Dessen vorbereitende Kommission spricht sich bisher, mit einigen Änderungsanträgen, für die Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes im Bereich Managed Care aus.



PETER SCHIBLER:

«Die meisten halten sich an die Regeln»

Peter Schibler ist Kinder- und Jugendarzt mit eigener Praxis in Stäfa und Vorstandsmitglied des Forums Praxispädiatrie FPP. Seit sechs Jahren ist er beim Ärztenetzwerk hapmed mit dabei. In den ForumNews erzählt er über seine persönlichen Erfahrungen im Netzwerk und mit Managed-Care-Patienten.

AUFGEZEICHNET VON
SIMON HUBACHER,
GESCHÄFTSSTELLE FPP

«Ich bin seit Gründung im Jahr 2004 Mitglied und Kleinaktionär der hapmed AG. Um es gleich vorwegzunehmen: Ich halte unser Ärztenetzwerk am Pfannestiel für eine gute Sache. Bei uns sind rund 70 Grundversorger und Spezialisten zusammengeschlossen. Eltern, die mit ihrer Krankenkasse eine Managed-Care-Vereinbarung getroffen haben, müssen mit ihren Kindern zuerst zu mir kommen. Ich entscheide, ob allenfalls eine Überweisung an einen Kollegen nötig ist. Dafür erhalten die Versicherten eine Prämienreduktion, die je nach Kasse unterschiedlich hoch ist. Wir Pädiater sind da etwas im Vorteil, weil Eltern vor allem von kleineren Kindern ohnehin gerne direkt zum Kinderarzt kommen. Das kommt uns sicher entgegen.

Der ganz grosse Teil der Patienten hält sich an diese Regel. Andernfalls erhalten sie von ihrer Kasse einen entsprechenden Hinweis und verlieren im Wiederholungsfall den Prämienrabatt. Als Arzt kann ich jederzeit über eine Online-Plattform nachschauen, ob meine Patienten eine MC-Vereinbarung unterschrieben haben. Das ist für mich sehr praktisch. Überhaupt werde ich im administrativen Bereich von der Geschäftsstelle des Netzwerks hervorragend unterstützt. Geht mal etwas unter, kriege ich eine Mail oder einen Fax mit dem auszufüllenden Formular, und schon ist die Sache erledigt. Und in Tariffragen kennt sich unser Geschäfts-

führer Paul Kaiser bestens aus. Wenn ich Fragen habe, kann ich immer an ihn gelangen.

Was ich am Ärztenetzwerk ebenfalls sehr schätze, ist der fachliche und menschliche Austausch unter Kollegen. Wir treffen uns an Veranstaltungen des Netzwerks oder an einem der sechs obligatorischen Qualitätszirkeln, die wir jährlich besuchen müssen. Wobei ich mich darauf jedes Mal freue, denn diese Qualitätszirkel sind eine gute Gelegenheit, sich weiterzubilden und gleichzeitig Kolleginnen und Kollegen aus der selben Region zu treffen. Es ergibt sich automatisch eine engere Zusammenarbeit und ich bin überzeugt, dass ich so wesentlich zur besseren Versorgung der Kinder und Jugendlichen in den Hausarztpraxen beitrage.

Nicht zu unterschätzen ist sicher auch, dass mir das Managed-Care-Modell einen steten Zufluss an Patienten sichert. Unsere Doppel-Praxis ist sehr gut ausgelastet. Natürlich kann ich nicht genau aufschlüsseln, wer weshalb zu uns kommt. Aber ich bewerte diese Tatsache trotzdem positiv. Ich denke, gerade für uns Pädiater können Ärztenetzwerke wirklich viele Vorteile haben. Ich empfehle jedem, sich über seine Möglichkeiten genau zu informieren und dann abzuschätzen, was es bringt. Verschliessen können wir uns vor dieser Entwicklung im Gesundheitswesen wahrscheinlich kaum mehr.»



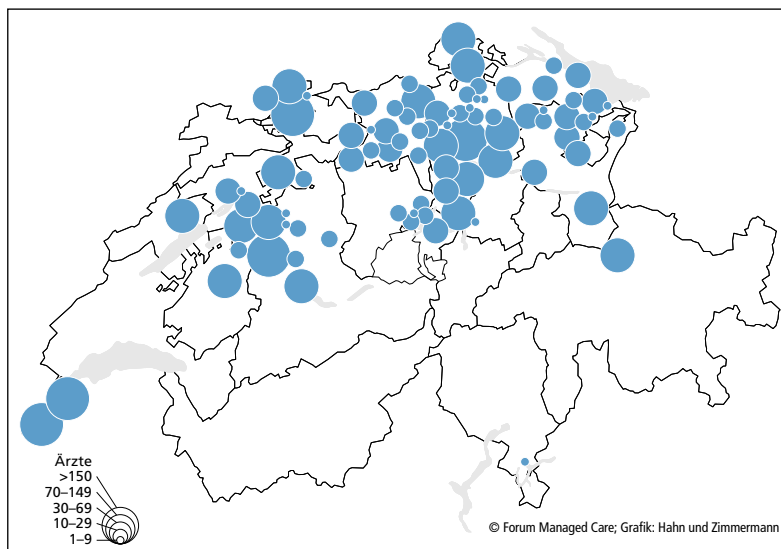


Abbildung 2: Alle Ärztenetze in der Schweiz mit Anzahl der im Netz angeschlossenen Ärzte.

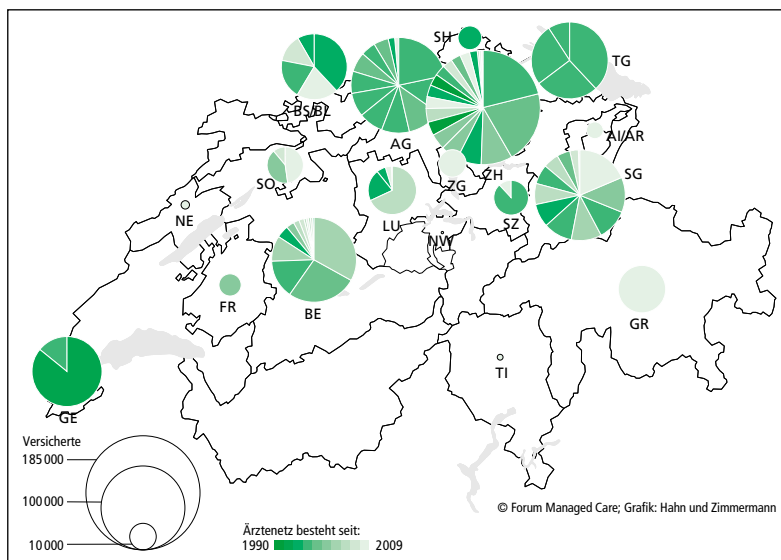


Abbildung 3: Ärztenetze pro Kanton mit Anzahl der im Netz betreuten Versicherten und Netz-Alter nach Betriebsjahren.

Für Ärzte mitunter eine der grössten Auswirkungen wird wohl die vom Nationalrat beschlossene Budget-Mitverantwortung zur Folge haben, die Mediziner in einem Netzwerk übernehmen. Leistungserbringer, die in einem integrierten Versorgungsnetz zusammengeschlossen sind, müssen künftig im vertraglich vereinbarten Umfang die finanzielle Verantwortung für die medizinische Versorgung der von ihnen betreuten Versicherten tragen.

In einer Erhebung des Forums Managed Care wurden letztes Jahr schweizweit bereits 86 Netze mit rund 4300 Ärztinnen und Ärzten sowie 657 000 Versicherten gezählt. Gegenüber 2004 war das ein Zuwachs von 34 Prozent bei den Versicherten und 17 Prozent bei den

Grundversorgenden. Von diesen engagierten sich fast 50 Prozent in Ärztenetzen. 2008 war der Anteil der Netze, die eine Form der Budgetmitverantwortung kennen, bereits bei knapp 80 Prozent. In einigen Kantonen (z.B. Aargau und Thurgau) besteht bereits heute ein flächendeckendes Angebot mit einem Versichertenanteil von 20 Prozent und mehr. In anderen Regionen, vor allem in der Westschweiz, ist das Angebot wesentlich geringer. HMO's haben sich vor allem in städtischen Agglomerationen (Genf, Bern, Zürich) durchgesetzt, währenddem die eher ländlich geprägten Gebiete vor allem über Hausarztnetze verfügen. Wie dynamisch die Entwicklung in der Netzlandschaft weiterhin ist, zeigt sich darin, dass sich im letzten und im laufenden Jahr mindestens zehn neue Ärztenetze etabliert haben und viele weitere Initiativen, auch von Krankenkassen aus, gestartet worden sind.

Eng verbunden mit dem Managed-Care-Modell ist das Thema Qualitätssicherung. Grosse Ärztenetzwerke wie beispielsweise Argomed, das in den Kantonen Aargau, Zug, Solothurn und Bern seit über zwölf Jahren aktiv ist, betreiben zu diesem Zweck Qualitätszirkel, entwickeln eigene Qualitätsrichtlinien oder lancieren Label wie jenes mit dem Namen «MehrFachArzt». Das Netzwerk Medix wiederum lässt sich von der Equam-Stiftung zertifizieren. Zu erfüllen sind 400 Qualitätskriterien. Dazu gehören regelmässige Teamsitzungen zur Qualitätsverbesserung oder ein Verzeichnis kritischer medizinischer Ereignisse.

Das Krankenversicherungsgesetz verpflichtet bereits heute auch frei praktizierende Ärzte zur Qualitätskontrolle. Allerdings wehren sich viele Mediziner dagegen, dass Daten zur Behandlungsqualität erhoben und veröffentlicht werden. Zudem graut ihnen vor noch mehr administrativem Aufwand. Obwohl die Qualitätssicherung im Gesetz steht, hat der Bund bisher nicht eingegriffen. Die Umsetzung wurde an die Tarifpartner delegiert: an die Kassen und an die Ärzterverbinding FMH. Gemeinsam mit sechs Fachgesellschaften aus den Bereichen Hausarztmedizin, Psychiatrie und Orthopädie hat die FMH deshalb das Projekt Q-Monitoring lanciert, mit dem ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte zu aktuell geleisteten Qualitätsaktivitäten befragt wurden. Von 10 000 kontaktierten Ärzten haben über 1500 ihre Qualitätsaktivitäten erfasst. Fast drei Viertel aller befragten Hausärzte gaben an, an Qualitätszirkeln teilzunehmen; über 60 Prozent besuchen demnach interdisziplinäre Fallbesprechungen.

HILFREICHE LINKS

Forum Managed Care: www.fmc.ch

Schweiz. Dachverband der Ärztenetze: www.medswiss.net

Bundesamt für Gesundheit (BAG): www.bag.admin.ch (unter «Themen», «Krankenversicherung», «Revisionen der Krankenversicherung»)

Jahresbericht 2009/2010

Forum Praxispädiatrie FPP

VON ROLF TEMPERLI
UND MANUELA HANY,
CO-PRÄSIDENTEN FPP

Auf der Sonnenterrasse über der Aare und den Dächern der Altstadt waren sich alle einig, dass die Verlegung der Jahrestagung in den Kursaal von Bern richtig war. Ein weiteres Novum, die Präsenz des Schweizer Fernsehens, bot der Praxispädiatrie eine Möglichkeit, ihre Anliegen einem breiten Publikum vorzubringen. Die Puls-Sendung rief ein paar wenige negative Reaktionen hervor, wurde aber von weiten Bevölkerungskreisen gut, wenn auch mit Erstaunen aufgenommen: Warum fehlt es diesem attraktiven Beruf an Nachwuchs?

Im Bundesrat hat Didier Burkhalter das Dossier von Pascal Couchepin übernommen, im BAG Direktor Pascal Strupler von Thomas Zeltner. Die Altlasten werden noch lange nachwirken: die kantonalen HPV-Impfprogramme bis mindestens 2012, die revidierte Analyseliste mit den abgesenkten Labortarifen bis auf weiteres. Die Pädiatrie ist allerdings nicht in gleichem Masse betroffen wie die Allgemeinmedizin. Neues ist aus dem Gesundheitsdepartement nicht zu vernehmen, was wahrscheinlich als positiv gewertet werden kann. Der Nationalrat hat die Gesundheitsreform zu Ende beraten und am 16. Juni mit 108 zu 43 Stimmen gut geheissen. Die Vorlage hat zum Ziel, Managed-Care-

Modelle (MC) – neu unter dem Namen «integrierte Versorgung» zu fördern. Das aktuelle System soll weiterhin bestehen bleiben können, allerdings zum Preis eines erhöhten Selbstbehaltes. Der Ständerat wird sich in der Wintersession dem Thema widmen. Das neue Gesetz soll ab 1. Januar 2012 gelten. Während die Stossrichtung des Parlaments seit Langem klar war, erfolgte die Zustimmung von FMH und Haus- und Kinderärztinnen Schweiz für viele überraschend. FMH und SGAM haben sich seit Jahren mit MC auseinandergesetzt, für viele Allgemeinmediziner sind Netzwerke seit langem Alltag. Die an Netzwerken beteiligten Pädiater berichten vorwiegend von positiven Erfahrungen. Ob dies auch in Zukunft so bleiben wird, muss sich erst noch zeigen. Die freie Arztwahl soll erhalten bleiben, allerdings gegen einen Aufpreis von wahrscheinlich deutlich unter 1000 Franken pro Jahr. Die politischen Gremien der Grundversorgergesellschaften begrüssen die Vorlage, weil sie die Stellung der Hausärzte stärke. Ein Referendum ist möglich und wird in linken und grünen Parteien sowie Patientenorganisationen diskutiert. Fait accompli: die Politiker – auch die linken – wollen MC-Modelle, weil sie sich davon Kosteneinsparungen versprechen, obwohl es dazu kaum Evidenz



Der FPP-Vorstand traf sich Ende Juni zu seiner Sommersitzung in der Geschäftsstelle in Zürich.

gibt. Das Spektrum möglicher Netzwerke ist riesig. Wie sich die Pädiatrie positioniert, ist noch unklar.

Managed Care

Für zahlreiche Kollegen der Allgemeinmedizin sind Netzwerke zum Alltag geworden. Für die meisten Pädiater sind sie Neuland. Eine neu gebildete Arbeitsgruppe sammelt die bestehenden Erfahrungen und versucht, die Position der Pädiatrie in Netzwerken zu formulieren. Unsere Position unterscheidet sich insofern von den Allgemeinmedizinerinnen, als dass uns weniger Spezialisten in der Praxis zur Verfügung stehen und wir vermehrt auf die Spitäler angewiesen sind, deren Position in zukünftigen Netzwerken auch noch nicht definiert ist.

Qualität

Nicht zuletzt im Zusammenhang mit dem Managed-Care-Modell, das uns nach Meinung der Politiker nicht nur Kostenersparnisse, sondern gleichzeitig auch noch eine Qualitätsverbesserung bescheren soll, hat die Frage der Qualität und deren Kontrolle an Bedeutung gewonnen. Wir werden uns wohl oder übel Kontrollen unterziehen müssen. Qualitätsfragen, inadäquate Weiterbildung in Praxispädiatrie und fehlendes Angebot an Fortbildung haben zur Gründung des Forums Praxispädiatrie geführt, die Idee der internen Qualitätskontrolle zur Schaffung des Labels Praxispädiater. Unterdessen drängen multiple Label-Anbieter auf den Markt. Die Qualimed-Umfrage der FMH, an der sich nur eine kleine Minderheit der Pädiater beteiligte, zeigte die möglichen Defizite klar auf. An einem Treffen mit Vertretern der SGP wurde die Problematik diskutiert, welche in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe weiterbehandelt werden soll. Die für die Allgemeinmedizin geschaffenen Qualitäts-Tools können nicht tel quel auf unsere Praxen angewendet werden.

Zusammenarbeit mit SGP

Das Verhältnis zwischen den beiden Berufsverbänden hat sich merklich entspannt. Eine erste gemeinsame Arbeitsgruppe besteht, eine zweite zum Thema MC wird möglicherweise bald dazu kommen. In Evaluation des FPP ist eine Beteiligung am SGP-Kongress 2011 in Montreux – für uns eine Chance, direkt eine grosse Anzahl eventueller zukünftiger Praxispädiaterinnen anzusprechen. Gemeinsam mit der SGP hat das FPP mit dem BAG die Probleme rund um die Grippe-Pandemie evaluiert. Die Vertreter zeigten sich gegenüber der vorgebrachten Kritik offen. Kritik, die dem BAG schon von einem externen Audit bekannt war, in der Presse aber weitgehend als Lob auf die Behörden erschien.


Haus- und Kinderärztinnen Schweiz

«One structure, one voice», das zentrale Credo des Verbandes der Grundversorger, hat zur gewünschten

Konzentration der Kräfte geführt. Die Politiker schätzen es, einen einzigen Ansprechpartner zu haben, und dank dem Gewicht des neuen Verbandes ist der Zugang zu den Entscheidungsträgern einfacher geworden. Dank der langjährigen Vorarbeit und politischen Erfahrung der SGAM können auch Anliegen der Pädiatrie effizienter vorgebracht werden. Allerdings muss nochmals deutlich betont werden, dass sich der neue Berufsverband nicht um die Pädiatrie kümmert. Sie muss sich selber bemerkbar machen. Das FPP ist in der Delegiertenversammlung mit zwei Leuten vertreten (Katharina Wyss und Rolf Temperli). Noch ist unklar, ob die pädiatrischen Anliegen in MFE (médecins de famille et de l'enfance, so vielleicht die Abkürzung anstelle von Haech) genügend Gehör finden werden. Nötigenfalls wird das Forum weiterhin selbstständig und direkt agieren. Allerdings sind wir so oder so auf die Meinung der Mitglieder angewiesen.

Veränderungen

Die erfreuliche Zwillingschwangerschaft von Noëlle Müller-Tscherrig war auch für den Vorstand eine grosse Herausforderung, galt es doch kurz-, mittel- und langfristig das Funktionieren des Berufsverbandes sicherzustellen. Die Forderungen von Noëlle Müller-Tscherrig konnte der Vorstand nicht erfüllen, weshalb sie sich entschloss, eine andere Herausforderung zu suchen. Früher als erhofft, musste Noëlle ihr Arbeitspensum reduzieren und dann ganz aufgeben. In dieser Zeit gelang es Corinne Morger, die dringendsten Arbeiten zu erledigen, vieles blieb jedoch liegen. Glücklicherweise konnte die Geschäftsführung in der kürzest möglichen Zeit wieder besetzt werden. Wir sind sehr froh, in Simon Hubacher einen engagierten Geschäftsführer gefunden zu haben und danken ihm und Corinne für den unermüdlichen Einsatz. Wir möchten es auch nicht unterlassen, Noëlle an dieser Stelle nochmals für ihr Engagement für das Forum Praxispädiatrie zu danken. Viele positive Veränderungen beruhen auf ihren Ideen. Wir wünschen viel Spass, Staunen und Glück mit den beiden Töchtern und alles Gute für neue Horizonte. Während wir im letzten Jahresbericht den Umzug der Geschäftsstelle in eine dynamische Bürogemeinschaft vermeldeten, kündigen wir hier den nächsten Umzug an: Das Forum Praxispädiatrie ist Opfer der erwähnten Dynamik geworden und musste die Kündigung entgegennehmen. Ein weiterer Umzug steht vor der Tür. Brauchen und wollen wir einen neuen Namen für das Forum? Und welchen? Die Umfrage läuft noch, eine lebhaftige Diskussion erwarten wir an der Mitgliederversammlung.

Damit auch noch etwas beim Alten bleibt: Der Vorstand bleibt in gleicher Zusammensetzung tätig. Erfreulicherweise wird Carsten Peters, der die Redaktionsleitung der *ForumNews* übernommen hat, dazustossen. 



Jahrestagung, 9. September 2010, Hotel Allegro, Bern

Fremdes verstehen?

Annäherung an verschiedene Kulturen

Was ist anders im Umgang mit Patientinnen und Patienten fremder Kulturen? Was müssen Kinder- und Jugendärzte für ihren Praxisalltag wissen, was speziell beachten?

Wie schaffen es Ärzte und Patienten, die selbe Sprache zu sprechen, auch wenn die Verständigung vielleicht gar nicht so einfach ist?

Im Hauptreferat und in den Workshops geben erfahrene Fachleute Antworten auf die dringlichsten Fragen, mit denen Pädiater im Praxisalltag konfrontiert werden.

*Die Arbeitsgruppe Jahrestagung:
Manuela Hany, Cyril Lüdin,
Peter Schibler, Maya von Planta,
Corinne Véya, Simon Hubacher*

**Online-Anmeldung:
www.praxispaediatriche.ch**

Hauptreferat

Migranten beim Kinderarzt: Problemtrance Kultur?

Prof. Dr. phil. Andrea Lanfranchi, Meilen

Fachpsychologe für Kinder- und Jugendpsychologie FSP und Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, aus Poschiavo/GR, in Meilen/ZH.

Dozent an der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik in Zürich.

Forschungsschwerpunkte in den Bereichen Migration, Familie, Schule und frühkindliche Bildung. Laufendes interdisziplinäres Forschungsprojekt ZEPPELIN 0-2: frühe Förderung ab Geburt (www.hfh.ch).

Ausgehend von Überraschungssituationen in der Arbeit mit Migranten diskutieren wir zunächst einmal das Malaise, das dort entstehen kann, wo wir mit den erlernten Kommunikationsmethoden nicht weiterkommen. Es ist eine Art «Kulturschock» der Professionellen bei schwierigen Fällen mit komplexen Auftragslagen. Das unangenehme Gefühl des bevorstehenden Misserfolgs kann zu Abwehrhaltungen wie Projektionen und Rationalisierungen führen. Die Problemtrance können wir in der Arbeit mit Migranten und ihren Kindern eventuell dann überwinden, wenn es uns gelingt, dank «Fallverstehen in der Begegnung» (Meilener-Konzept) verschiedene Dimensionen des facettenreichen Migrationshintergrundes zu unterscheiden: Was ist bei einem konkreten Fall kulturspezifisch, was hat hingegen eher mit der Persönlichkeit und Familiendynamik zu tun, was steht in Verbindung mit Faktoren der Migration und was betrifft die soziale Dimension? Diese Differenzierung hilft, die Fehldeutungen zu vermeiden: Soziale Benachteiligungen sollten nicht psychologisiert, kulturspezifische Aspekte nicht pathologisiert und psychologische, beziehungs-dynamische Mechanismen der Konfliktentstehung nicht kulturell erklärt werden. Das kann in der Intervention/Supervision gelernt werden.



Workshops Jahrestagung 2010

Migranten in der Praxis – Umgang mit kritischen Situationen

Prof. Dr. Andrea Lanfranchi, Meilen
Dr. med. Suzanne Kourtis, Zürich

Im ersten Teil berichtet eine Pädiaterin über Stolpersteine und Rosinen aus ihrem Praxisalltag. Im zweiten Teil kommentiert ein Psychotherapeut und Sonderpädagoge einige der präsentierten Fallbeispiele. Anhand weiterer vier Fallvignetten werden die kritischen Situationen systematisiert. In folgende vier Bereiche können Probleme in der Arbeit mit Migranten auftreten:

- 1) Feststellung einer Störung;
- 2) Übermittlung der Diagnose;
- 3) Empfehlung der Massnahmen;
- 4) Durchführung der Behandlung.

Diskutiert werden Strategien des wirksamen Umgangs mit diesen Herausforderungen.

«Dottore, mio figlio non mi mangia!»

Dr. med. Andreas Wechsler, Canobbio
Dr. med. Peter Schibler
(Workshop in Italienisch und Deutsch)

Care colleghe e cari colleghi, abbiamo intenzione di invitarvi in un viaggio nelle comuni credenze e timori dei genitori dei nostri piccoli pazienti, che ogni tanto si scontrano con il nostro più genuino buon-senso. Quando ci troviamo di fronte a famiglie con un altro background culturale, certe volte ci capita di restare di stucco, quando veniamo confrontati con preoccupazioni, che ci sembrano francamente assurde. Lattanti di 4 mesi con un peso di 8 kg sono avvolti dallo sguardo preoccupato di genitori, che si lamentano, perché mangia un po' meno; bambini che non possono piangere per paura, che capiti qualcosa di tremendo (il pianto è letale?); e altre squisitezze ancor. Certo, spesso nel nostro lavoro rimaniamo disarmati, parliamo di questioni, che non interessano minimamente i genitori, e rispondiamo alle loro domande non intuendo minimamente, quali siano le reali motivazioni dietro le stesse. Nel nostro work shop faremo proprio questo; ci chineremo su vizi, virtù, pregiudizi e clichés delle famiglie, che vengono a trovarci, per migliorare la nostra opera sanitaria, che si basa sulla prevenzione, o meglio sull'anticipazione. Quest'ultima, infatti, riesce meglio, se intuiamo l'angolazione intellettuale, emotiva e culturale dei genitori, che cercano consiglio.

Les mutilations génitales féminines (MGF) et autres réflexions autour du travail avec des patients venant d'ailleurs

Dr. med. Marianne Caflisch, Genève,
Dr. med. Maya von Planta, Genève
(Workshop en allemand, Dias en français)

Parmi les difficultés que peuvent croiser des pédiatres dans le travail avec des patients venant d'ailleurs, il y a la problématique des mutilations génitales féminines. Les pédiatres peuvent jouer un rôle clé en

matière de prévention des MGF, pour cela il est important qu'ils soient bien informés sur le sujet. Parler des MGF est un travail d'«équilibriste» ou il faut pouvoir aborder la sexualité, la culture et un tabou. On doit être prêt à argumenter, non seulement au niveau médical mais également à un niveau légal, socioculturel et éthique.

D'autres sujets abordés dans ce workshop concerneront des adolescents migrants, leurs difficultés de vivre entre deux cultures et la richesse de ces rencontres.

Sprachauffällige Kinder mit Migrationshintergrund: Sprachförderung oder Sprachtherapie?

Dr. phil. Barbara Zollinger, Winterthur
Dr. med. Katherina Papageorgiou, Zürich

Viele Kinder mit Migrationshintergrund zeigen in den ersten Lebensjahren Auffälligkeiten in der sprachlichen Entwicklung. Im Wissen um die Bedeutung der Sprache für die Schullaufbahn werden von wissenschaftlicher wie auch politischer Seite immer wieder flächendeckende Sprachstanderfassungen und entsprechende Fördermassnahmen gefordert. Im Workshop werden zuerst verschiedene Erfassungsinstrumente und Förderprogramme vorgestellt.

Auf dieser Basis wird dann die Frage diskutiert, ob bzw. bei welchen Kindern mit solchen Förderprogrammen schulische Probleme vermieden oder zumindest eingeschränkt werden können und in welchen Situationen andere Massnahmen notwendig sind.

Integration von Migrantenkindern. Möglichkeiten und Grenzen in der pädiatrischen Praxis

Thomas Kessler, ehemaliger Integrationsbeauftragter der Stadt Basel
(jetzt Leiter Kantons- und Stadtentwicklung)
Dr. med. Christian Knoll, Biel

Vielen fremdsprachigen Familien gelingt es recht gut, sich in den schweizerischen Alltag zu integrieren. Andere Familien verharren in ihrem «Ghetto», die Mutter kann/darf keinen Sprachkurs machen, die Kinder lernen eine Landessprache erst im Kindergarten oder rudimentär vom Fernseher, soziale Regeln werden ignoriert oder nicht vermittelt, Hilfsangebote ausgeschlagen oder nicht wahrgenommen. Die Folgen für die Kinder (schlechte Schulleistungen, keine Ausbildungsstelle, Arbeitslosigkeit) und die Gesellschaft (hohe Kosten für individuelle Förderungstherapien, Sozialleistungen, Kriminalität) sind uns allen bekannt. Was können wir in der Praxis tun? Wo müssen wir politischen Druck auf die Behörden ausüben, um die Integration der Kinder zu bessern?

Neue Asthma-Richtlinien

Dr. med. Alexander Möller, Zürich
Dr. med. Hans Spescha, Chur
Dr. med. Henriette Hug-Batschelet, Basel

Was ist in der Abklärung und Behandlung von Asthma bei Kindern neu zu beachten? Die Diagnose von Asthma macht vor allem bei Vor-



Workshops Jahrestagung 2010

schulkindern Schwierigkeiten. Die verschiedenen Phänotypen von obstruktiver Atmung in diesem Alter sprechen unterschiedlich auf die Therapie an und haben eine unterschiedliche Prognose. Welches sind die Kriterien zur Unterscheidung der Phänotypen? Präsentieren sich Kinder verschiedener Herkunft unterschiedlich? Wie kann eine perfekte Asthmakontrolle erreicht werden? Können Medikamentennebenwirkungen vermindert werden?

Nach einem Eingangsreferat diskutieren Referenten und Teilnehmer anschauliche Fallbeispiele, anhand derer die Diagnostik und Therapie der verschiedenen Phänotypen obstruktiver Atmung gemäss den neuen Richtlinien interaktiv besprochen werden.

Turban, Kopftuch und Kippa: Begegnung verschiedener Kulturen im kinderärztlichen Praxisalltag

Dr. med. Romano Torriani, Kinder- und Jugendpsychiater, Biel
Dr. med. Andreas Geiser, Kinderarzt, Schlieren

Die Arbeit mit Kindern und deren Familien aus uns wenig bekannten Kulturen ist herausfordernd. Wir entdecken miteinander Neues, Fremdes und manchmal überraschend Vertrautes. Dadurch bietet sich reichlich Gelegenheit, um voneinander Neues zu Lernen und den eigenen Horizont zu erweitern.

Anhand von Erfahrungsbeispielen werden transkulturelle Situationen aus dem Praxisalltag besprochen. Die Teilnehmer sind eingeladen, eigene Beispiele und Fragestellungen (am besten mit Video) mitzubringen.

Ernährungsgewohnheiten

J. Peter Jacobs, Ernährungsberater, Zürich
Dr. med. Irène Fietz, Bern

Das Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Zürich ist oft mit Jugendlichen und Eltern mit einem Migrationshintergrund konfrontiert. Bei der Bewältigung ihre Probleme mit ihrer Ernährung müssen die Ernährungsgewohnheiten analysiert, bewertet und Ziele formuliert werden. Die Hilfsmittel dazu müssen auch ohne grosses Sprachverständnis gut verständlich und nicht zu zeitaufwendig in der Benützung sein. In einer pädiatrischen Praxis gelten sicher die gleichen Kriterien. Welche Hilfsmittel erfüllen diese? Im Workshop werden mögliche Modelle gezeigt, besprochen und anhand von Patientenbeispielen getestet.

Dermatosen auf farbiger Haut

Dr. med. Luzius Gilli, Reinach BL
Dr. med. Martin Blasius, Zürich

Aufgrund der Zuwanderung werden auch Kinder- und Jugendärzte zunehmend von Patienten mit farbiger Haut konsultiert. Im Workshop sollen die Teilnehmer für Dermatosen auf farbiger Haut sensibilisiert werden: Was ist besonders, worauf ist zu achten, welche Unterschiede zur weissen Haut gibt es? Der Dermatologe Luzius Gilli gibt zudem Auskunft über ethnische Besonderheiten, die genetisch bedingt nur

auf farbiger Haut vorkommen, aber ohne krankhafte Bedeutung sind. Der Workshop besteht aus einem theoretischen und einem praktischen Teil, bei dem mit dem Mikroskop gearbeitet wird.

Gynécologie dans le contexte interculturel

Dr. med. Saira-Christine Renteria, Lausanne
Dr. med. Corinne Véya, Winterthur
 (Workshop erfolgt zweisprachig)

Ce workshop nous donne la possibilité d'apprendre et de discuter de toute la panoplie des sujets et problèmes dues aux différentes cultures rencontrés dans une consultation gynécologique pour adolescents. Quelles sont les différences dues aux cultures concernant p.ex. l'information de maladies sexuellement transmissibles et de la contraception en général, la demande de contraception, l'attitude envers les vaccins hépatite B et HPV, le mythe de l'hymen «sacrée», de l'hygiène et fréquences de mutilations rencontrés?

Comment pouvons nous aborder ces sujets délicats tout en respectant leur culture et soutenir en même temps l'indépendance et l'intégration des jeunes étrangers?

Zirkumzision ade!?

Dr. med. Andi Dietl
Dr. med. Hannes Geiges

Die medizinische Indikation zur Zirkumzision ist zur grossen Ausnahme geworden. Was wir im Vorsorge-Manual vorfinden, entspricht längst nicht mehr dem heutigen Stand der Wissenschaft, der Ethik und der Menschenrechte. Für ein Umdenken der Ärzte ist es höchste Zeit. Ist die bessere Hygiene, die Krebsvorsorge, der Harnrückstau mit vermehrtem HWI bei balloniertem Präputium plötzlich nicht mehr wahr? Ist die Zirkumzision ein unerlaubter Eingriff in die Persönlichkeit? Oder handelt es sich sogar um Körperverletzung? Gibt es einen rechtlichen Unterschied zu der bei uns verbotenen Beschneidung der Mädchen? Sind die kulturell, rituell und religiös begründeten Zirkumzisionen rechtlich heute noch haltbar?

Die politischen Aspekte der Zirkumzision werden mit dem Berner Politiker Diego Hättenschwiler (Grüne) diskutiert, der der Beschneidung von Knaben aus medizinischen und rechtlichen Gründen kritisch gegenübersteht.





Programmübersicht

Vormittag

ab 8.00 Uhr	Einschreibung und Anmeldung
08.30 – 09.30	Mitgliederversammlung Schweizerische Vereinigung für Ultraschall in der pädiatrischen Praxis SVUPP
09.30 – 09.45	Eröffnung
09.45 – 10.30	Hauptvortrag Prof. Dr. phil. Andrea Lanfranchi
10.30 – 10.45	Fragen zum Hauptvortrag
10.45 – 11.30	Pause, Besuch der Industrieausstellung
11.30 – 12.15	Mitgliederversammlung Forum Praxispädiatrie FPP
12.15 – 13.30	Flying Lunch, Besuch der Industrieausstellung

Nachmittag

13.30 – 15.00	1. Workshop-Session
15.00 – 15.30	Pause, Besuch der Industrieausstellung
15.30 – 17.00	2. Workshop-Session

Traktanden

Mitgliederversammlung Forum Praxispädiatrie FPP

1. Genehmigung der Traktandenliste
2. Wahl der Stimmzähler
3. Protokoll der Mitgliederversammlung vom 10. September 2009
4. Mitgliederbewegungen
5. Jahresbericht der Co-Präsidenten
6. Rückblick Geschäftsjahr 09/10
7. Kassa und Revisorenbericht
8. Anträge
9. Ziele Geschäftsjahr 10/11
10. Wahlen
11. Varia

Anmeldung

Bitte benützen Sie das beiliegende Anmeldeformular oder die Online-Anmeldung auf www.praxispaediatriche.ch. Anmeldeschluss ist der 30. August 2010.

Kosten

Für ordentliche und ausserordentliche Mitglieder des Forums Praxispädiatrie FPP und der SVUPP betragen die Tagungskosten CHF 150.–, inkl. Mittagessen und Getränke. Für Nichtmitglieder betragen die Kosten CHF 180.–.

Gäste sind zum Referat im Plenum herzlich willkommen. Die Workshops stehen ausschliesslich den Mitgliedern offen. Nach Erhalt Ihrer Anmeldung werden wir Ihnen eine Rechnung zustellen, die vor Beginn der Tagung zu bezahlen ist. Die Anmeldung ist verbindlich. Der einbezahlte Betrag kann nicht zurückerstattet werden.

Kontakt

Forum Praxispädiatrie FPP

Breitingenstrasse 23
8002 Zürich
Telefon 044 520 27 17
Fax 043 344 92 67
info@praxispaediatriche.ch
www.praxispaediatriche.ch

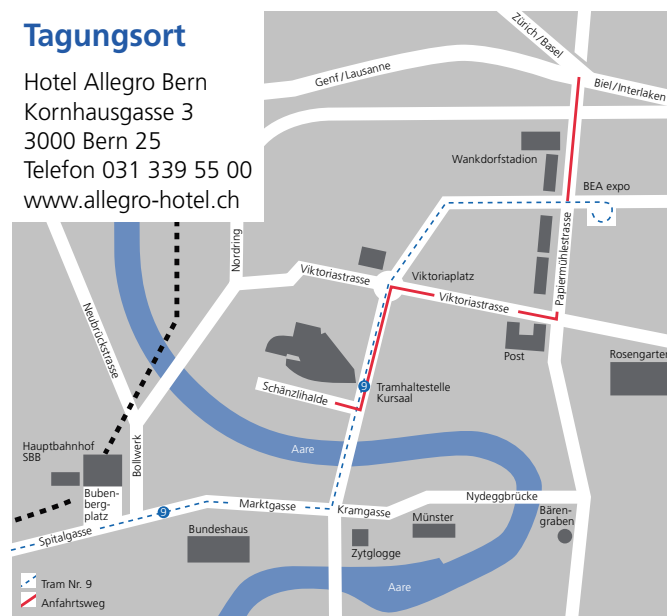
Teilnehmer-Management

Congresso GmbH

Laupenstrasse 3
3001 Bern
Telefon 031 390 50 50
Fax 031 390 50 59
info@congresso.ch
www.congresso.ch

Tagungsort

Hotel Allegro Bern
Kornhausgasse 3
3000 Bern 25
Telefon 031 339 55 00
www.allegro-hotel.ch



Anreise mit der Bahn

Ab Hauptbahnhof Tram Nr. 9 Richtung Guisanplatz (Haltestelle «Kursaal»)

Anreise mit dem Auto

- Autobahnausfahrt «Bern-Wankdorf»
- Geradeaus Richtung «Zentrum»-Papiermühlestrasse
- Rechts einspuren, an der 3. Kreuzung rechts in die Viktoriastrasse abbiegen (Hotel Allegro/Kursaal sind angeschrieben)
- Am Viktoriaaplatz links in die Kornhausstrasse abbiegen
- Das Hotel Allegro/Kursaal befindet sich auf der rechten Seite

Die Parkinggebühr in der hauseigenen Tiefgarage für 24 Stunden beträgt CHF 26.–.



Informationsdrehscheibe ausgebaut



chen solche Foren aber eine gewisse Anlaufzeit, zumal viele Mitglieder und andere Besucher der Website die Neuerungen erst kennenlernen müssen.

Seit einiger Zeit schon betreibt das Forum auf seiner Website eine Stellenbörse. Sie bietet Interessierten die Möglichkeit, bei Vakanzen oder auf der Suche nach einem Praxisnachfolger einen weiteren Verbreitungskanal kostenlos zu nutzen. Für die Bewirtschaftung der Stellenbörse ist die Geschäftsstelle FPP zuständig. Bitte mailen Sie den gewünschten Text samt Kontaktdaten an info@praxispaediatriche.ch. Damit die Stellenbörse aktuell bleibt, ist die Geschäftsstelle dankbar, wenn sie im Erfolgsfall eine kurze Nachricht erhält, damit sie den Eintrag wieder löschen kann.

www.praxispaediatriche.ch
www.svupp.ch

**Jetzt ist die Website praxispaediatric.ch noch informativer:
Dank mehr News und einem ausgebauten Diskussionsforum.
Von grossem Nutzen für die Besucher ist auch der Stellenmarkt.**

VON SIMON HUBACHER,
GESCHÄFTSSTELLE FPP

Seit Anfang Jahr sind die Websites von FPP und SVUPP in einem neuen, attraktiven Erscheinungsbild auf dem Netz. Gleichzeitig wurde die Navigation verbessert und die Inhalte grösstenteils überarbeitet.

In einem weiteren Schritt wurde jetzt die Frontseite von praxispaediatric.ch inhaltlich erweitert. In der mittleren Spalte kann nun auf aktuelle Themen verwiesen werden, die im Innern der Website jeweils vertieft sind. Beispiele sind die diesjährige Jahrestagung oder die Solidaritäts-T-Shirt-Aktion für das Mongolei-Projekt der SVUPP. In der rechten Spalte befindet sich neu eine News-Spalte. Die Beiträge sind mit externen Webseiten verlinkt, auf denen für Pädiater wertvolle Beiträge zu lesen sind.

Auch das Diskussionsforum hat einige Neuerungen erfahren. Bisher hatten die Benutzer lediglich die Möglichkeit, in sich geschlossene Meinungsbeiträge zu publizieren. Neu können Vorstand und Geschäftsstelle Diskussionen mit fortlaufenden Meinungsbeiträgen zu Themen lancieren, die für die Mitglieder von Interesse sind – beispielsweise die Suche nach einem neuen Namen für das Forum oder der Aufruf, Wünsche für neue Fortbildungskurse zu deponieren.

Noch werden die neuen Möglichkeiten im Diskussionsforum zaghaft benutzt. Erfahrungsgemäss brau-





Reduktion des Allergierisikos – wissenschaftlich bewiesen

BEBA H.A. ist speziell für die besonderen Ernährungsbedürfnisse von Säuglingen mit Allergierisiko konzipiert. **Zahlreiche wissenschaftliche Studien beweisen, dass BEBA H.A. als einzige Säuglingsmilch eine positive Wirkung bei der Verminderung eines Allergierisikos erzielt.** Ausserdem stärken die enthaltenen Probiotika die natürlichen Abwehrkräfte Ihres Babys.



Wichtiger Hinweis: Stillen ist ideal für Ihr Kind. Die WHO empfiehlt ausschliessliches Stillen während 6 Monaten. Informieren Sie sich beim Fachpersonal des Gesundheitswesens, falls Ihr Kind eine Zusatznahrung benötigt, oder wenn Sie nicht stillen.

www.nestlebaby.ch

Tonsillopharyngitis: To treat or not to treat?

Die akute Tonsillopharyngitis ist ein sehr häufiger Konsultationsgrund in der pädiatrischen Praxis. In den meisten Fällen ist sie viraler Genese und eine antibiotische Therapie deshalb nicht indiziert. 10–15% aller Tonsillopharyngitiden werden durch Streptokokken der Gruppe A (GAS) verursacht. Die Herausforderung im Alltag ist das Erkennen jener Patienten, welche eine antibiotische Therapie benötigen, um immunologische und suppurative Komplikationen zu verhindern. Gleichzeitig sollen unnötige Antibiotikaverordnungen vermieden werden.



VON DR. MED. ANITA
NIEDERER-LOHER

Ätiologie/Epidemiologie

Verschiedene Mikroorganismen können das klinische Bild einer Tonsillopharyngitis beim Kind verursachen. Neben den häufigen viralen Infektionen, welche harmlos und selbstlimitierend sind, kommen selten bakterielle Tonsillopharyngitiden vor. Diese werden meist durch Streptokokken der Gruppe A (*Streptococcus pyogenes*; GAS) ausgelöst.

Die Erkrankungen treten gehäuft in der kälteren Jahreszeit auf. Die Ansteckung erfolgt via Tröpfcheninfektion mit deutlich höheren Transmissionsraten in Situa-

tionen mit engem physischem Kontakt. Die GAS-Tonsillopharyngitis tritt typischerweise bei Kindern zwischen 5 und 15 Jahren auf, Kinder unter 3 Jahren erkranken sehr selten und es besteht praktisch kein Risiko eines rheumatischen Fiebers. Gesunde Träger von GAS (15–25% der Schulkinder) gelten nicht als kontagiös und haben, solange sie asymptomatisch sind, auch kein Komplikationsrisiko.

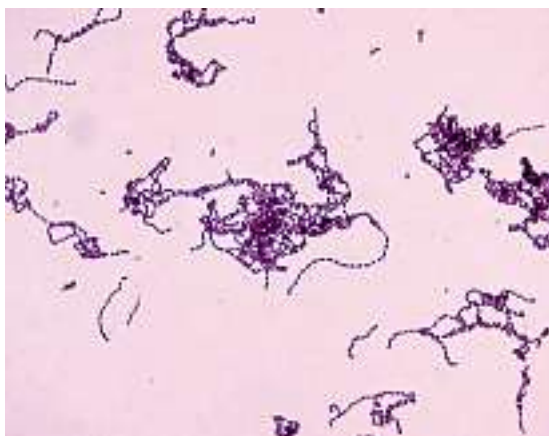
Patienten mit einer GAS-Tonsillopharyngitis sind 24 h nach Beginn einer korrekten antibiotischen Therapie nicht mehr kontagiös.

Gruppe A Streptokokken (GAS)

Bislang wurden mehr als 120 verschiedene Serotypen (basierend auf dem M-Protein) und Genotypen (basierend auf der M-Protein Gensequenz = emm types) der GAS identifiziert. Das M-Protein ist dabei der wichtigste Virulenzfaktor. M-Protein-Antikörper vermitteln nur eine Immunität gegen den entsprechenden M-Typ. Epidemiologische Studien haben einen Zusammenhang zwischen Serotyp und dem Auftreten von Komplikationen wie zum Beispiel dem akuten rheumatischen Fieber zeigen können. Ein klarer «rheumatogener» Faktor konnte allerdings bisher nicht identifiziert werden, auch der exakte Mechanismus der Immunität gegen GAS bleibt unklar.

GAS-Tonsillopharyngitis: klinisches Bild

Die GAS-Tonsillopharyngitis präsentiert sich in der Regel als akutes Krankheitsbild mit plötzlich beginnenden, ausgeprägten Hals- und Schluckschmerzen sowie Fieber. Kopfschmerzen, Nausea, Erbrechen und Bauchschmerzen können begleitend auftreten. In der klinischen Untersuchung finden sich gerötete Tonsillen, mit oder ohne exsudative Beläge, sowie ein Erythem des Pharynx. Die Uvula ist oft gerötet und geschwollen, und am harten Gaumen zeigen sich Petechien. Die angulären Lymphknoten sind schmerzhaft vergrößert und häufig manifestiert sich ein scarlatiniformes Exanthem. Das Vorliegen von Symptomen wie



Streptococcus pyogenes in
100-facher Vergrößerung.

Kriterien zur Unterscheidung GAS vs. virale Tonsillopharyngitis

Verdächtig auf GAS-Infektion	Verdächtig auf virale Infektion
<ul style="list-style-type: none"> • Plötzlicher Beginn • Halsschmerzen • Fieber • Scarlatiniformes Exanthem • Kopfschmerzen • Nausea, Erbrechen und Bauchschmerzen • Entzündung von Pharynx und Tonsillen • Tonsillen mit exsudativen Belägen • Schmerzhaft vergrößerte anguläre Lymphknoten • Alter 5–15 Jahre • Kontakt zu Patient mit GAS-Tonsillopharyngitis 	<ul style="list-style-type: none"> o Konjunktivitis o Rhinitis o Husten o Heiserkeit o Myalgien o Diarrhoe o Virales Exanthem o Enorale Aphthen o Anteriore Stomatitis

Konjunktivitis, Husten, Heiserkeit, Rhinitis, anteriore Stomatitis, enorale Aphthen, virale Exantheme, Myalgien und Durchfall müssen an eine virale Infektion als Ursache der Tonsillopharyngitis denken lassen (*vgl. Tabelle*).

Diese klinischen Kriterien sind der wichtigste Wegweiser im Entscheid, ob eine weitere Diagnostik und allenfalls Therapie einer GAS-Infektion durchgeführt werden soll.

Komplikationen

Eine GAS-Tonsillopharyngitis kann zu suppurativen Komplikationen wie Peritonsillarabszess, Retropharyngealabszess, Lymphadenitis, Mastoiditis oder Sinusitis führen. Diese können durch antibiotische Therapie meist vermieden werden.

Nicht-suppurative Komplikationen beruhen auf immunologischen Prozessen mit vermuteten Autoimmunreaktionen (molecular mimicry), welche bis heute nicht abschliessend bekannt sind. Dazu gehören die akute Glomerulonephritis, die reaktive Arthritis, die Chorea und das akute rheumatische Fieber (ARF).

In der Schweiz ist das ARF glücklicherweise äusserst selten geworden. In einer SPSU-Studie wurden in den letzten Jahren 1–3 Fälle/Jahr gemeldet. In Entwicklungsländern bleibt das ARF die wichtigste Ursache für sekundäre kardiale Erkrankungen und kardiale Todesfälle. Dieser Unterschied ist einerseits auf die in industrialisierten Ländern verbreitete, antibiotische Therapie der GAS-Tonsillopharyngitis zurückzuführen, andererseits aber auch auf die fehlende Zirkulation von rheumatogenen GAS-Serotypen bei uns. Genetische Faktoren spielen bei der Pathogenese des ARF ebenfalls eine Rolle.

Diagnose

Die korrekte Diagnosestellung der GAS-Tonsillopharyngitis ist die Grundlage für einen differenzierten Therapieentscheid. Der erste Schritt ist die klinische Beurteilung unter Berücksichtigung der oben genannten Kriterien. Besteht der Verdacht auf eine GAS-Tonsillopharyngitis, ist der Erregernachweis mittels Rachenabstrich anzustreben. Bei Vorliegen von Symptomen, die auf eine virale Genese hinweisen, sollte KEIN Rachenabstrich durchgeführt werden. Ein Nachweis von GAS ist in diesem Fall mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit Ausdruck eines GAS-Trägers.

Die meisten der heute verwendeten Schnelltests haben eine sehr gute Spezifität von >95%. Das bedeutet, ein positiver Schnelltest bestätigt die Verdachtsdiagnose. Die Sensitivität liegt jedoch deutlich tiefer, zwischen 70 und 90%, sodass ein negatives Resultat die GAS-Tonsillopharyngitis nicht sicher ausschliessen kann. Der Goldstandard für die Diagnose ist die Kultur. Diese sollte bei negativem Schnelltest durchgeführt werden. Idealerweise werden 2 Watteträger gleichzeitig für die Entnahme des Abstrichs eingesetzt. Bei negativem Schnelltest kann das zweite Stäbchen für die Kultur verwendet werden. Die Verzögerung des Therapiebeginns bis zum definitiven Erregernachweis ist unproblematisch, da zur Verhinderung eines ARF die antibiotische Therapie innert 9 Tagen nach Krankheitsbeginn gestartet werden soll.

Ein Kontroll-Rachenabstrich nach korrekt erfolgter antibiotischer Therapie einer GAS-Tonsillopharyngitis ist nicht indiziert, da es sich bei den nach Therapie asymptomatischen Personen in den allermeisten Fällen um Streptokokkenträger handelt. Kontrollabstriche sollten nur bei einer Anamnese von rheumatischem



Die Herausforderung im Alltag ist das Erkennen jener Patienten, welche eine antibiotische Therapie benötigen.

Fieber durchgeführt werden. Die Serologie ist in der Diagnosestellung der GAS-Tonsillopharyngitis nicht hilfreich und sollte unterlassen werden.

Therapie

Eine antibiotische Therapie ist indiziert bei Patienten mit klinischen Symptomen einer GAS-Tonsillopharyngitis UND Nachweis von GAS im Rachenabstrich.

Die Vorteile einer antibiotischen Therapie sind zum einen die Reduktion der Ansteckungsfähigkeit – 24 h nach Beginn der Therapie besteht keine Kontagiosität mehr, hingegen können Kinder ohne Therapie bis zu 2 Wochen ansteckend sein – zum anderen wird auch das Risiko purulenter Komplikationen vermindert. Die Symptombdauer wird durch die antibiotische Therapie nur unwesentlich verkürzt. Nicht suppurative Komplikationen, insbesondere das ARF, können durch die antibiotische Therapie verhindert werden.

Seit Beginn der 50er-Jahre des letzten Jahrhunderts gilt die Therapie mit Penicillin V per os für 10 Tage als Goldstandard. Obwohl keine Resistenzentwicklung der GAS gegen Penicillin aufgetreten ist, gibt es doch relativ häufig Therapieversager. Ein wichtiger Punkt ist dabei sicherlich die Complianceproblematik bei langer Therapiedauer mit mehrmals täglicher Medikamentengabe.

Eine sinnvolle Alternative ist die Therapie mit Amoxicillin, 25 mg/kg, 2×/Tag (max. 2 g/Tag) für 6 Tage.

Für orale Cephalosporine konnte eine gute Wirksamkeit der 5-tägigen Therapie gezeigt werden. Hier ist aber zu bedenken, dass das unnötig breite Spektrum massgeblich zu vermehrter Resistenzentwicklung beiträgt und Cephalosporine deshalb nur in Ausnahmesituationen eingesetzt werden sollten. Eine Therapie mit

Makroliden ist nicht geeignet, da die Wirksamkeit durch zunehmend auftretende, resistente GAS vermindert ist.

Bei häufigen Rezidiven kann eine Eradikationstherapie mit Clindamycin, 7–10 mg/kg, 3×/Tag (max. 1,8 g/Tag) für 10 Tage sinnvoll sein. Patienten mit einer Penicillinallergie vom Soforttyp, das heisst, mit Urtikaria und/oder Anaphylaxie, sollen mit Clindamycin, Dosierung wie oben, oder mit Clarithromycin 7,5 mg/kg, 2×/Tag (max. 1 g/Tag) für 10 Tage behandelt werden.



LITERATUR

- Long: Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases, 3rd ed.
- AAP Red Book 2009, 28th Edition.
- DGPI Handbuch, 5. Auflage.
- Cohen et al.; Pediatric Infectious Disease Journal 1996, Vol 15(8); 678–682.
- Martin et al.; Pediatrics 2004; 114; 1212–1219.
- SPSU-Jahresbericht 2008; BAG Bulletin 40; 740–748.



Marmor, Stein und Eisen bricht...

**Alles, was Pädiater über die Eisentherapie bei Frühgeborenen wissen müssen.
Mit konkreten Empfehlungen für den Praxisalltag.**

VON DR. MED.
GABRIEL KONETZNY,
OBERARZT NEONATO-
LOGIE, UNIVERSITÄTS-
SPITAL ZÜRICH

Eisen ist das zweithäufigste Metall der Erde. Es ist ein Element, das leicht Elektronen aufnimmt und abgibt und das an zahlreichen biologischen Reaktionen wie dem Sauerstoff- und Elektronentransport beteiligt ist. Der negative Effekt dieser hohen Reaktivität ist die Fähigkeit zur Bildung von Sauerstoffradikalen.

Die Aufnahme von Eisen findet im Duodenum statt. Bei älteren Kindern und Erwachsenen werden im Durchschnitt 10% der oral aufgenommenen Eisenmenge absorbiert. Bei Neugeborenen (Termin- und Frühgeborenen) sind die Angaben zur Absorption sehr breit gestreut und abhängig von verschiedenen Faktoren wie dem Eisenstatus des Kindes, der Darreichungsform, der Dosierung und dem Zeitpunkt der Applikation.

Als Empfehlung für die Praxis lässt sich sagen, dass die Eisenaufnahme mit Muttermilch besser ist als mit adaptierter Milch, dass mehrere kleinere Portionen besser sind als eine grosse und dass die Gabe zwischen den Mahlzeiten von Vorteil ist (dies gilt v.a. für das zweiwertige Eisen).

Die intestinale Eisenabsorption geschieht in der zweiwertigen Form, dreiwertiges Eisen muss zuvor zum Fe^{2+} reduziert werden. Im Enterozyten wird das Eisen als Ferritin gespeichert oder weiter ins Blut transportiert, wo es dann nach Oxidation zu Fe^{3+} ans Apotransferrin bindet. Das so entstandene Transferrin ist für die Verteilung des Eisens im Organismus zuständig (Funktionseisen).

Ca. 75% des Körpereisens befinden sich im Hämoglobin, 10 bis 20% sind im Ferritin und Hämosiderin gespeichert, der Rest verteilt sich auf Myoglobin, Transferrin und eisenhaltige Enzyme.

Die Ursachen eines Eisenmangels bei Frühgeborenen sind vielfältig.

Ein wichtiger Faktor ist das Gestationsalter, denn $\frac{2}{3}$ der Eisenreserven werden im letzten Trimenon der Schwangerschaft angelegt. Dazu kommen der geringe Eisen-gehalt in der Muttermilch (0,04–0,05 mg/100 ml), hohe diagnostische Blut- und somit Eisenverluste und ein im Vergleich zum Termingeborenen schnelleres Wachstum. Nach der postnatalen Downregulation der Erythropoese, verursacht durch die bessere Oxygenie-

rung und den Ersatz von HbF durch HbA, findet das Wiedereinsetzen der Erythropoese früher und intensiver statt als beim Termingeborenen. Ein weiterer Faktor ist die in den letzten Jahren strengere Indikationsstellung für eine Bluttransfusion, wodurch die zusätzliche Eisenzufuhr als deren Nebeneffekt häufiger wegfällt.

Eine negative Auswirkung auf den Eisenstatus des Frühgeborenen hat der mütterliche Eisenmangel, ausserdem verschlechtern Diabetes mellitus und Rauchen der Mutter unter anderem die Plazentadurchblutung und somit auch den Eisentransport zum Kind. Hinzu kommen noch akute oder chronische Blutungen (wie z.B. Blutung bei Plazenta prävia oder Blutverlust des Donors beim fetofetalen Transfusionsyndrom) und rasche Abnabelung, insbesondere bei Entbindung per Sectio. Einen positiven Effekt auf den Eisenstatus haben die Spätabnabelung (45–60 Sekunden nach der Geburt), früher Beginn der Eisensupplementierung und Erythrozytentransfusionen.

Zur Veranschaulichung ein Zahlenbeispiel: Der Körper eines Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von 1 kg enthält 64 mg Eisen (beim Termingeborenen sind es ca. 250 mg). Für die Bildung von 1 g Hämoglobin werden 3,4 mg Eisen benötigt. Bei einem Geburtsgewicht von 1 kg ist die Eisenreserve somit für die Synthese von 18 g Hämoglobin ausreichend, was gerade mal für die Verdoppelung des Blutvolumens reicht.

Eisenmangel kann bei Früh- und Termingeborenen neben der Anämie zur Wachstumsretardierung führen, ausserdem sind negative Auswirkungen auf die kognitive und psychomotorische Entwicklung, auf die Schilddrüsenfunktion und auf das Immunsystem beschrieben.

Zur Eisentherapie gibt es keine international einheitlichen Empfehlungen.

Von der Europäischen Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie wird ein Therapiebeginn im Alter von 2 bis 6 Wochen in einer Dosierung von 2–3 mg/kg/d empfohlen. Eine Dosierung von 5 mg/kg/d sollte nicht überschritten werden, um «oxidativen Stress» zu vermeiden, wobei die Obergrenze nicht genau definiert ist. Ein späterer Therapiebeginn ist bei St.n. mehrmaliger Bluttransfusion und bei hohen

Serum-Ferritinwerten zu diskutieren, auch dazu gibt es aber keine spezifischen Richtlinien. Die Therapiedauer sollte 6 bis 12 Monate betragen.

Für die Eisentherapie stehen grundsätzlich zwei Präparate zur Verfügung. Einmal das häufiger verwendete zweiwertige Eisen, in der Schweiz bis vor Kurzem als Eisen II Sulfat bzw. Aktiferrin® erhältlich, und das dreiwertige Eisen, als Eisen III-Hydroxid Polymaltose Komplex im Maltofer® enthalten. Der therapeutische Effekt ist beim zweiwertigen Eisen wahrscheinlich besser, es gibt jedoch auch zum dreiwertigen Eisen Belege für seine gute Verträglichkeit und Wirksamkeit.

Wie soll man den Eisenstatus eines frühgeborenen Kindes kontrollieren? Die am häufigsten verwendeten Laborparameter sind das Blutbild, das Serum-Eisen, das Serum-Ferritin und die Transferrinsättigung. Zu den neueren Markern gehören der lösliche Transferrin-Rezeptor (Marker für die erythropoetische Aktivität), Zink-Protoporphyrin (wird anstelle von Häm bei Eisenmangel gebildet) und Hepcidin (reguliert die Abgabe von Eisen ins Blut).

Die Anämie ist ein spätes Zeichen des Eisenmangels, und die Hämoglobin- bzw. Hämatokritwerte erlauben keine Aussage über den Eisenstatus im Gewebe (Bsp.: Neugeborene diabetischer Mütter oder wachstumsretardierte Kinder mit höherem Risiko für Polyglobulie und Eisenmangel). Die Erythrozyten-Indizes wie MCH und MCV sind beim Frühgeborenen zu ungenau. Einzig die Retikulozytose nach Beginn der Eisensubstitution kann als Hinweis auf vorbestehenden Eisenmangel gesehen werden.

Serumeisen wird zur Bestimmung der Transferrinsättigung benötigt, es ist jedoch ungeeignet für die Abschätzung des Körpereisenstatus, da es hohe Schwankungen im Tagesablauf und hohe interindividuelle Schwankungen aufweist, Abhängigkeit von der Nahrungsaufnahme und von Entzündungsreaktionen zeigt und ein später Indikator des Eisenmangels ist.

Ferritin korreliert gut mit dem Speichereisen im Gewebe und niedrige Spiegel kommen nur bei Eisenmangel vor, es ist jedoch kein zuverlässiger Indikator bei Infektionen. Die Normwerte sind altersabhängig (höher im Neugeborenenalter) und zeigen in den ersten 3 Lebensmonaten eine grosse Streuung.

Die Transferrin-Sättigung ist der Quotient aus der Serumeisen- und Serumtransferrin-Konzentration (Angabe in Prozent). Wie schon anfangs erwähnt, versorgt Transferrin das Gewebe, v.a. die Erythropoese mit Eisen. Bei Funktionseisenmangel ist die Transferrinsättigung erniedrigt. Sie ist jedoch auch erniedrigt bei Infekten, da die Transferrin-Synthese in diesem Fall supprimiert und Eisen in den Makrophagen festgehalten wird.

Zu den neueren Labortests gibt es entweder keine einheitlichen Laborstandards (löslicher Transferrin-Rezeptor), die Diagnostik benötigt zu viel Blut (Zink-Proto-

porphyrin) oder sie werden bisher überwiegend experimentell genutzt (Hepcidin).

Es bleiben noch einige offene Fragen:

Erstens: Wo liegt die Alters- und Gewichtsgrenze für eine Eisentherapie? Die Literaturangaben bewegen sich beim Geburtsgewicht zwischen 1300–1800 g und beim Gestationsalter zwischen 32–34 Schwangerschaftswochen.

Zweitens: Therapie mit zweiwertigem oder dreiwertigem Eisen? Diese Frage erübrigt sich momentan in der Schweiz, da nur das dreiwertige Eisen in adäquater Tropfenform erhältlich ist.

Drittens: Was ist die optimale Dosierung bei Erythropoetin-Therapie, bei hohen Ferritin-Konzentrationen und nach Erythrozytentransfusionen?

Viertens: Welcher ist der beste Biomarker? Wie beschrieben, vermag keiner der routinemässig verfügbaren Laborparameter für sich alleine den Eisenstatus eines Frühgeborenen ausreichend zu erfassen.

Für die Praxis kann man folgende Empfehlungen abgeben:

Eine Eisentherapie ist bei Frühgeborenen sinnvoll und notwendig (Anämieprophylaxe, Ausgleich von diagnostischen Verlusten, Wachstum, Entwicklung).

Die untere Altersgrenze für eine Eisentherapie liegt bei einem Gestationsalter von 32–34 Schwangerschaftswochen.

Falls keine Erythrozytentransfusionen stattgefunden haben, kann man mit der Eisen-Supplementierung im Alter von 2 Wochen beginnen.

Die Anfangsdosierung liegt bei 2,5–5 mg/kg/d (Maltofer® enthält 2,5 mg Eisen pro Tropfen). Eine Therapiedauer von 6 Monaten ist bei fehlenden Zeichen einer Anämie, bei steigenden Hämoglobinwerten und bei regulärem Beginn mit der Beikost ab dem 5. bis 7. Lebensmonat ausreichend.



LITERATUR

- Arnon S. et al. The efficacy and safety of early supplementation of iron polymaltose complex in preterm infants. *Am J Perinatol* 2007; 24: 95–100.
- Beard J. et al. Diagnosis of iron deficiency in infants. *Lab Med* 2007; 38: 103–108.
- Enteral Nutrient Supply for Preterm Infants: *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 2010; 50: 85–91.
- Fomon SJ. et al. Retention of iron by infants. *Annu Rev Nutr* 2000; 1: 273–290.
- Franz AR et al. Prospective randomized trial of early versus late enteral iron supplementation in infants with a birth weight of less than 1301 grams. *Pediatrics* 2000; 106: 700–706.
- Lothar Thomas (Hrsg.): *Labor und Diagnose*. 6. Auflage 2005.
- Lozoff B. et al. Long-lasting neural and behavioral effects of iron deficiency in infancy. *Nutr Rev* 2006; 64: S34–S43.
- Rao R. et al. Iron in fetal and neonatal nutrition. *Sem Fetal Neonat Med* 2007; 12: 54–63.
- Rao R. et al. Iron therapy for preterm infants. *Clin Perinatol* 2009; 36: 27–42.

Cervarix® – verbesserte Schutzwirkung gegen Gebärmutterhalskrebs

Richard Brun und Dr. Florence Turpain-Louis, Medical Department, GlaxoSmithKline AG, 3053 Münchenbuchsee

Seit März 2010 ist mit Cervarix®, dem Impfstoff der Firma GlaxoSmithKline AG, ein zweiter Impfstoff zur Prävention des Gebärmutterhalskrebses auf dem Markt. Cervarix® zeigt langanhaltend hohe Antikörpertiter und eine breite Schutzwirkung gegen Vorstufen von Gebärmutterhalskrebs – auch gegen andere HPV-Typen als die beiden Typen 16 und 18, die im Impfstoff enthalten sind (Kreuzprotektion).

Zusammensetzung

Bei der Entwicklung von Cervarix® wurde der Fokus auf die Prävention des Gebärmutterhalskrebses gelegt. So enthält Cervarix® 20 µg Virus-Like-Particles der beiden häufigsten onkogenen HPV-Typen 16 und 18 und dazu AS04 als Wirkverstärker.¹

Langfristig hohe Antikörpertiter

Anders als bei der Impfung gegen Hepatitis B, für die klare Grenzwerte für protektive Antikörpertiter bestehen, ist die protektive Schwelle für HPV noch nicht bekannt. Unklar ist auch, ob (und wenn ja, in welchem Ausmass) ein immunologisches Gedächtnis bei der Verhinderung von Vorstufen des Gebärmutterhalskrebses überhaupt eine Rolle spielt. Für Cervarix® zeigte sich in Studien bei Frauen von 15–25 Jahren, dass die Konzentration der Antikörper im Serum mit derjenigen im cervico-vaginalen Sekret korreliert² und dass die Antikörper bis zu 6,4 Jahre nach der Impfung mindestens eine Zehnerpotenz höher bleiben, als die nach einer natürlichen Infektion messbaren Titer.³ Da das HP-Virus das Immunsystem umgeht⁴ und nur 30 Minuten bis 24 Stunden benötigt, bis es in die Zellen eindringt, sind hohe Antikörpertiter am Ort der Infektion von grosser Bedeutung.⁵

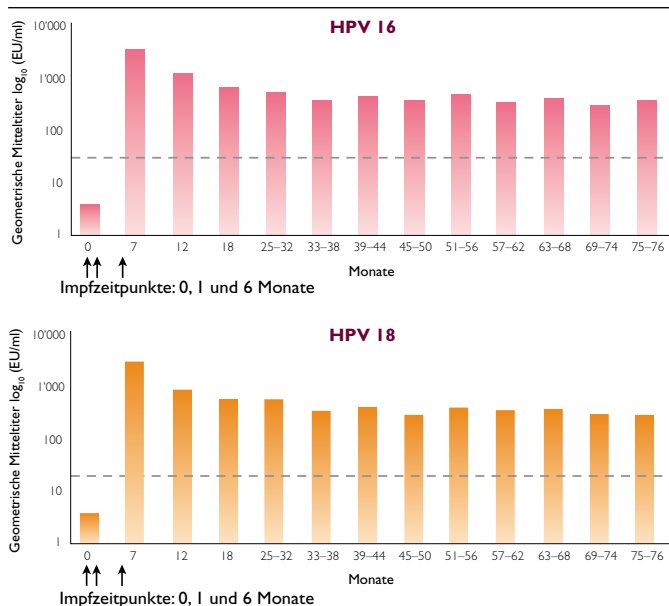


Abb.: Anhaltend hohe Antikörpertiter nach Impfung mit Cervarix®³.

Bei Mädchen im Alter von 10–14 Jahren waren die gemessenen Titer noch höher als bei Frauen von 15 bis 25 Jahren.¹

Das Ziel der kantonalen HPV-Impfprogramme besteht darin, Mädchen vor Beginn ihrer sexuellen Aktivität zu impfen. Da der Schutz vor HPV-Infektionen eventuell erst fünf oder mehr Jahre nach der Impfung erforderlich ist, sind langfristig hohe Antikörpertiter umso wichtiger.

Verträglichkeit, Reaktogenität, Sicherheit

In der direkten Vergleichsstudie zwischen Gardasil® und Cervarix®⁶, in welcher Cervarix® für HPV-16 3,7-mal höhere Antikörpertiter und für HPV-18 7,3-mal

höhere Antikörpertiter zeigte, wurde auch die Verträglichkeit der beiden Impfstoffe verglichen. Cervarix® verursachte zwar häufiger lokale Nebenwirkungen (Rötung, Schwellung, Schmerz) als Gardasil®, die Compliance war jedoch in beiden Armen der Studie gleich: Sowohl in der Cervarix®- als auch in der Gardasil®-Gruppe erhielten rund 84% aller Teilnehmerinnen alle 3 Dosen.⁶ Im englischen HPV-Impfprogramm, in welchem ausschliesslich Cervarix® eingesetzt wird, sind keine neuen Nebenwirkungen beobachtet worden.⁷

Wirksamkeit

Die HPV-naive Kohorte der grossen Wirksamkeitsstudie entspricht am ehesten der Zielgruppe der kantonalen Impfprogramme (noch kein nachweisbarer HPV-Kontakt). Hier erwies sich Cervarix® als hochwirksam in der Prävention von Vorstufen cervicaler Läsionen, die durch HPV-16 oder HPV-18 verursacht wurden (98,4% gegen CIN2+ / 100% gegen CIN3+Läsionen).^{1,8} Da HPV-16 und HPV-18 für rund 50% aller CIN2+Läsionen verantwortlich sind, sollte ein Impfstoff, der nur gegen diese beiden Typen schützt, theoretisch nicht mehr als 50% der gesamten CIN2+Läsionen verhindern. Mit Cervarix® wurden in dieser Population jedoch über 70% aller CIN2+Läsionen verhindert. Zudem erwartet man für Cervarix® eine Schutzwirkung von 81–87% gegen CIN3+Läsionen, unabhängig vom HPV-Typ.^{1,8} Dies lässt sich nur durch die «breitere» Schutzwirkung der Impfung über HPV-16 und HPV-18 hinaus erklären (Kreuzprotektion).⁸ Die kreuzprotektive Schutzrate gegen die nächsthäufigen onkogenen Typen betrug bei Frauen ohne vorbestehende HPV-Infektion, die drei Impfdosen erhalten hatten, 92,0% (HPV-31) und 100% (HPV-45, bei limitierten Fallzahlen).¹ Durch die breite Schutzwirkung verhinderte Cervarix® fast 69% der chirurgischen Eingriffe an der Cervix bei Patientinnen, die vor der Impfung keinen Kontakt mit HP-Viren hatten.^{1,8} Einen so ausgeprägten Effekt konnte bisher kein anderer HPV-Impfstoff zeigen. So trägt Cervarix® dazu bei, dass zukünftig weniger Frauen an den Komplikationen einer Konisation bzw. LEEP-Exzision leiden müssen.

Fazit

Mit Cervarix® steht jungen Mädchen und Frauen ein HPV-Impfstoff zur Verfügung, der langfristig hohe Antikörper-Titer und einen Schutz über die beiden onkogenen HPV-Typen 16 und 18 hinaus zeigt. Auf Basis der vorliegenden Daten hat die Eidgenössische Kommission für Impffragen eine Extrapolation bezüglich des zukünftigen Auftretens von Gebärmutterhalskrebs vorgenommen. Zusätzlich zu den 164 generell durch die Impfung verhinderbaren Fälle liessen sich durch Cervarix® weitere 22 Fälle verhindern.⁹ So kann Cervarix® mithelfen, die Inzidenz und Mortalität von Gebärmutterhalskrebs in der Schweiz in den nächsten Jahren zu senken und die kantonalen HPV-Impfprogramme effektiv zu unterstützen.

Referenzen

- 1 Fachinformation Cervarix®, Stand März 2010. Arzneimittelkompendium der Schweiz (www.documed.ch)
- 2 Schwarz TF, Spaczynski M, Schneider A, et al. Immunogenicity and tolerability of an HPV-16/18 AS04-adjuvanted prophylactic cervical cancer vaccine in women aged 15–55 years. *Vaccine* 2009;27:581–587
- 3 The GlaxoSmithKline Vaccine HPV-007 Study Group. Sustained efficacy and immunogenicity of the human papillomavirus (HPV)-16/18 AS04-adjuvanted vaccine: analysis of a randomised placebo-controlled trial up to 6.4 years. *Lancet* 2009;374:1975–85
- 4 Stanley M. Immune responses to human papillomavirus. *Vaccine* 2006;24(Suppl 1):S116–S122
- 5 Pichichero ME. Booster vaccinations: Can immunologic memory outpace disease pathogenesis? *Pediatrics* 2009;124(6):1–9
- 6 Einstein MH, Baron M, Levin MJ, et al. Comparison of the immunogenicity and safety of Cervarix® and Gardasil® human papillomavirus (HPV) cervical cancer vaccines in healthy women aged 18–45 years. *Human Vaccines*. 2009;5(10):705–19
- 7 Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA). Cervarix Human papillomavirus (HPV) vaccine. Suspected Adverse Reaction Analysis. Report of 8 July 2010. (www.mhra.gov.uk)
- 8 Paavonen J, Naud P, Salmeron J, et al. Efficacy of human papillomavirus (HPV)-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against cervical infection and precancer caused by oncogenic HPV types (PATRICIA): final analysis of a double-blind, randomised study in young women. *Lancet*. 2009;374(9686):301–14
- 9 Bundesamt für Gesundheit, Eidgenössische Kommission für Impffragen. Stellungnahme zum Wirksamkeitsvergleich und damit der Einsatzlegitimation von Gardasil® und Cervarix® in der Schweiz. BAG-Bulletin Nr. 26 vom 28. Juni 2010:644–647

Kurz-Fachinformation Cervarix®: HPV-16/-18 Impfstoff. **I:** Prävention von HPV-16- und HPV-18-bedingten präinvasiven Läsionen und Cervix-Karzinomen. **D:** 3 Dosen zu je 0,5 ml, intramuskuläre Verabreichung, Impfschema 0, 1, 6 Monate. Unter 10 Jahren nicht zur Anwendung empfohlen. **KI:** Überempfindlichkeit gegenüber Inhaltsstoffen, akute Erkrankung mit hohem Fieber. **VM:** nicht intravaskulär oder intradermal applizieren, anaphylaktische Reaktionen, Thrombozytopenie, eingeschränkte Immunantwort. **IA:** Gleichzeitige Impfung an unterschiedlicher Injektionsstelle mit dTpa-IPV, Hepatitis A/B, orale Kontrazeptiva. **UW:** Schmerz, Rötung und Schwellung an der Injektionsstelle, Myalgie, Kopfschmerzen, Müdigkeit. **Pack:** Fertigspritze mit 0,5 ml Impfsuspension (Nadeln separat): 1 und 10. (Liste B). Ausführliche Informationen entnehmen Sie bitte der Fachinformation (www.documed.ch).

Neu!

Cervarix® –

die Impfung gegen das Cervixkarzinom und prämale Läsionen bedingt durch HPV 16 und 18¹

Cervarix® ...

- ... zeigt längste Schutzwirkung^{2,3,4}
- ... zeigt höchste Antikörpertiter gegen HPV 16 und 18⁵

Darüber hinaus:

Schutzwirkung vor nicht in der Impfung enthaltenen, verwandten onkogenen HPV-Typen⁶

Cervarix® 

Referenzen: 1. Fachinformation Cervarix®, Arzneimittelkompendium der Schweiz (www.documed.ch). 2. Olsson SE, Villa LL, Costa RL, et al. Induction of immune memory following administration of a prophylactic quadrivalent human papillomavirus (HPV) types 6/11/16/18 L1 virus-like particle (VLP) vaccine. *Vaccine* 2007;25:4931–39. 3. The GlaxoSmithKline Vaccine HPV-007 Study Group. Sustained efficacy and immunogenicity of the human papillomavirus (HPV)-16/18 AS04-adjuvanted vaccine: analysis of a randomized placebo-controlled trial up to 6.4 years. *Lancet* 2009;374:1975–85. 4. Carvalho N DE, et al. Immunogenicity and safety of the HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine up to 7.3 years. 25th International Papillomavirus Conference and Clinical Workshop. Malmö, Sweden, 2009. May 8–14. 5. Einstein MH, Baron M, Levin MJ, et al. Comparison of the immunogenicity and safety of Cervarix® and Gardasil™ human papillomavirus (HPV) cervical cancer vaccines in healthy women aged 18–45 years. *Human Vaccines* 2009;5(10):1–15. 6. Paavonen J, Naud P, Salmerón J, et al. Efficacy of human papillomavirus (HPV)-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against cervical infection and precancer caused by oncogenic HPV types (PATRICIA): final analysis of a double-blind, randomised study in young women. *Lancet* 2009;374:301–14.

Cervarix®: HPV-16/-18 Impfstoff. **I:** Prävention von HPV-16- und HPV-18-bedingten prämaligen Läsionen und Cervix-Karzinomen. **D:** 3 Dosen zu je 0,5 ml, intramuskuläre Verabreichung, Impfschema 0, 1, 6 Monate. Unter 10 Jahren nicht zur Anwendung empfohlen. **KI:** Überempfindlichkeit gegenüber Inhaltsstoff, akute Erkrankung mit hohem Fieber. **VM:** nicht intravaskulär oder intradermal applizieren, anaphylaktische Reaktionen, Thrombozytopenie, eingeschränkte Immunantwort. **IA:** Gleichzeitige Impfung an unterschiedlicher Injektionsstelle mit dTpa, dTpa-IPV, Hepatitis A/B, orale Kontrazeptiva. **UW:** Schmerz, Rötung und Schwellung an der Injektionsstelle, Myalgie, Kopfschmerzen, Müdigkeit. **Pack:** Fertigspritze mit 0,5 ml Impfsuspension (Nadeln separat): 1 und 10. (Liste B). Ausführliche Informationen entnehmen Sie bitte der Fachinformation [www.documed.ch].



GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline AG

Talstrasse 3–5

CH-3053 Münchenbuchsee

Tél. +41 (0)31 862 21 11

Fax +41 (0)31 862 22 00

www.glaxosmithkline.ch

Steckbrief Kopflaus

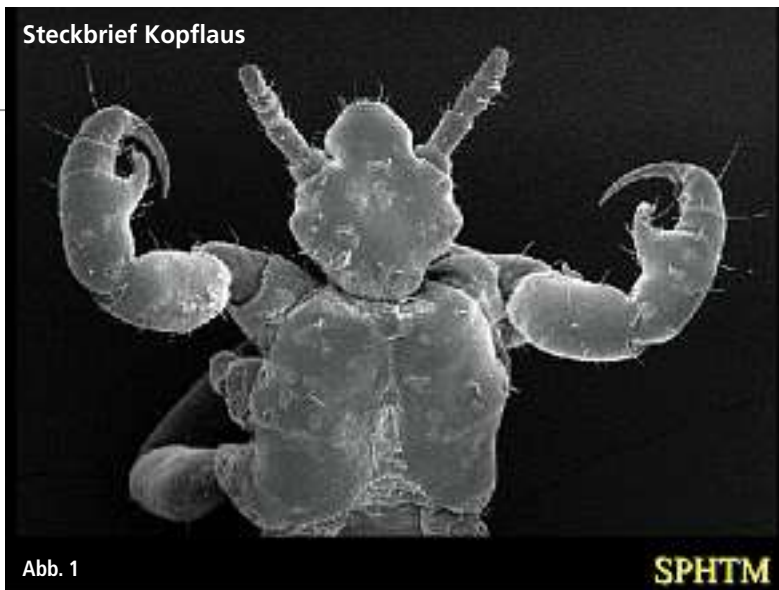
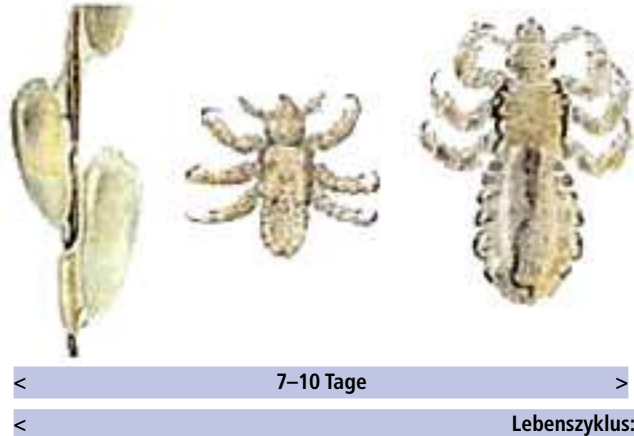


Abb. 3: Generationszyklus.



Wie Lausbefall richtig behandelt wird

Kopfläuse sind Hautparasiten des Menschen. Sie ernähren sich von deren Blut. Kopflausbefall ist sowohl in Industrie- als auch in Entwicklungsländern alltäglich, weltweit endemisch und kommt bei allen Altersstufen und in allen sozialen Schichten vor.

VON DR. MED. CYRIL
LÜDIN, MUTTENZ, UND
GABRIELA WIDMER,
LÄUSEFACHFRAU,
MUTTENZ

Woher kommen die Läuse?

Es gibt keine anderen «Lausnester» als der behaarte Kopf! Läuse haben 6 Beine mit starken Greifklauen, mit denen sie das Haar umklemmen. Sie sind gute Kletterer – *springen oder fliegen können sie aber nicht!*

Sie werden auch nicht von Haustieren übertragen. Es gibt zwar Hunde- und Katzenläuse, die wiederum können nichts mit uns Menschen anfangen. Es gibt wirklich keinen Grund, bei Lausbefall in der Familie Haustiere zu behandeln.

Läuse sind auch nicht in der Spielecke des Kindergartens zu finden. Sie verbringen ihr ganzes Leben ausschliesslich im Kopfhaar. Sogar bei Ausgrabungen von Mumien im Alten Ägypten wurden Läuse und Nissen in deren Haaren nachgewiesen.

Generationszyklus

Läuse werden etwa 20–30 Tage alt. Die geschlechtsreifen Weibchen legen pro Tag bis zu 10 Eier (Nissen) und kleben sie an die Seite eines Haares. Man kann also nicht einfach «Nissen auflesen».

Die junge Laus schlüpft nach 7 bis 10 Tagen. Nach weiteren 7 bis 10 Tagen ist sie geschlechtsreif. Die Generationszeit beträgt also ca. 17 Tage (14–20 Tage).

Nissen nennt man die leeren Eihüllen nach dem Schlüpfen. Im Volksmund wird mit «Nisse» jedoch das Lausei allgemein bezeichnet. Nissen können noch monatelang im Haar verbleiben. Auch nach einer erfolgreichen Behandlung gehört in jedem Fall die Entfernung aller Nissen dazu (Abb. 4a und 4b).

Hat Lausbefall mit Hygiene zu tun?

Nein. Auch das tägliche Haare waschen schützt nicht vor Läusen! Die Ausbreitung geschieht durch direkten Kopf-zu-Kopf-Kontakt. Ein absoluter Schutz ist nicht möglich. Das Ausbreitungsrisiko kann durch das Zusammenbinden von langen Haaren sowie



Abb. 2: Pediculus humanus capitis.

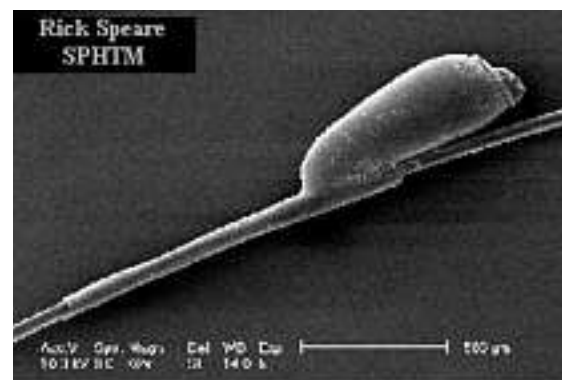


Abb. 4a: Lebende Nisse.



< 7–10 Tage >

Generationszeit ca. 17 Tage (14–20 Tage) >

unter 2 mm gross und ganz am Haaransatz zu finden. Zudem sind sie lichtscheu und somit *von Auge nur knapp erkennbar*. Ausgewachsene Läuse haben die Grösse eines Sesamsamens.

Die Nissen sind weiss bis bräunlich und haben die Grösse eines Sandkorns. Sie werden leicht mit Schuppen verwechselt.

Tipp: Haar mit Nisse unters Mikroskop legen, der Herzschlag einer lebenden jungen Laus ist gut sichtbar! Lebende Läuse kann man gut mit Scotch einfangen.

Methode: Mit einem Holzstäbchen oder einer Stricknadel die Haare teilen und vor allem hinter den Ohren und am Nacken nach Nissen und Läusen suchen (evtl. mit der Lupe, und am besten im Sonnenlicht, Abb. 5).

Eine weitere, jedoch aufwendigere Methode ist das Kämmen im nassen Haar mit einem Haarspülmittel (Conditioner) und Lauskamm (Abb. 6).

durch regelmässige Kontrollen verringert werden. Eine vorbeugende Behandlung mit einem chemischen Laushampoo muss auf jeden Fall vermieden werden. Es fördert höchstens die Resistenzen.

Klinik:

Bei Erstbefall können mehrere Wochen die Symptome fehlen. Während dieser Zeit können sich die Läuse ungehindert verbreiten. Dann kann es zu allergischen Reaktionen auf die Fäkalien und den Speichel der Laus kommen: Juckreiz, Sekundärinfektionen der Kratzstellen oder nässenden Ekzeme sind die Folgen. Palpabel werden allenfalls die vergrösserten Lymphknoten im Nacken und hinter den Ohren.

Durch Läuse übertragbare Krankheiten sind in unseren Breitengraden schon lange nicht mehr vorgekommen.

Diagnose:

Läuse müssen gesucht werden! In den meisten Fällen finden wir nur wenige pro Kopf! Davon befinden sich die meisten Läuse im Nymphenstadium. Sie sind also



Abb. 5.

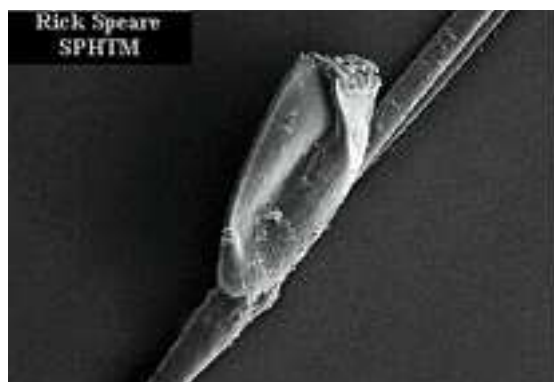


Abb. 4b: Tote Nisse.



Abb. 6: Nisska-Kamm.

Behandlung von Läusen und Nissen

Grundsätzlich sollten Laushampoos nur dann angewendet werden, wenn lebende Läuse gefunden werden!

- Für eine erfolgreiche Behandlung von Kopfläusen sollte ein Lausmittel Pedikulozid verwendet werden.
- Am darauffolgenden Tag müssen die Nissen und die eventuell noch überlebenden Läuse mit einem Lauskamm (Nisska) und Pflegespülmittel («Conditioner»/Haarbalsam) gut ausgekämmt werden. Wird die Pflegespülung dick aufgetragen, behindert es die verbliebenen Läuse in ihrer Bewegungsfreiheit. Auch der Nissenkamm lässt sich geschmeidiger und einfacher durchs Haar führen. Am Kamm bleiben schliesslich die Nissen und Läuse hängen.
- Diese systematische Kämmung dauert je nach Länge und Dichte des Haares bis zu einer Stunde und muss so oft wiederholt werden, bis keine Nissen mehr zu finden sind.
- Sind es jedoch nur noch wenige Nissen, kann man die Nisse am Haar einzeln mit einer Fingernagelschere entfernen.
- In der Regel dauert so ein Behandlungszyklus ca. einen Monat.

Wieso kämmen mit einer Haarspülung?

- Die Haarspülung behindert das Atemsystem der Läuse. Sie verhalten sich für einen Moment wie gelähmt. Dadurch bleiben sie wehrlos in den feinen Kämmen hängen.
- Die Haarspülung macht das Haar gleitend und das Kämmen wird für die Kinder nicht zur Tortur.
- Läuse und auch Lauseier (Nissen) sind im Schaum der Haarspülung auf Küchenpapier ausgestrichen besser zu erkennen als ohne kontrastreichen Hintergrund.

Konservative Produkte (Pedikulozide)

In der Schweiz aktuell: Priderm (Malathion), Loxazol (Permethrin), Hedrin (Dimeticon), spezielles Silikonpräparat.

Wirkung auf Eier (Ovizidität) nie 100% (Entwicklung Nervensystem).

Resistenzen bei allen bekannt und dokumentiert.

Alternative Produkte: Ätherische Öle, Neem-Shampoo, Speiseöl, Kokosöl, Haargels, «Hausmittelchen» wie Chlorwasser, Mayonnaise, Sauna, Elektrokämme usw., für keine dieser alternativen Methoden ist eine sichere Wirkung dokumentiert.

Soll man Kinder mit Läusen von der Schule ausschliessen?

Es hat sich gezeigt, dass durch diese Massnahme zu viele Kinder vom Unterricht ausgeschlossen werden. Die Diagnose «Kopflausbefall» wird oft übereilig gestellt! In jenen Fällen, wo wirklich Läuse vorhanden



Abb. 7: Frisch geschlüpfte Nympe und Bild nach 12 Stunden.



sind, waren diese meistens schon Wochen vorher da. Auch werden durch einen Schulausschluss Kinder stigmatisiert und die Situation beruhigt sich in keiner Weise. Abwesenheit wegen Läusen kann sich rasch summieren – was in keinem Verhältnis zum wohl lästigen, aber harmlosen Problem «Läuse» steht.

Mit umfassender Information und vor allem Instruktion von Eltern, Lehrkräften und regelmässigen Kontrollen werden bessere Erfolge erzielt. Die Schulärzte und Läusefachfrauen sind für Fragen zu diesem Thema zuständig.

Alte Zöpfe

Die Diskussion, ob Haarutensilien, Bettbezüge, Stofftiere, getragene Kleidung usw. gereinigt oder sogar eingefroren werden müssen, löst immer wieder viele Emotionen und Unsicherheiten aus. Hier bitte keinen Aufwand betreiben, sondern sich auf die Kopfläuse konzentrieren. Führen wir nämlich einen ganzen Behandlungszyklus durch, kann das sehr geringe Restrisiko, dass sich eine Laus ausserhalb vom Kopfhaar aufhalten könnte, mit ruhigem Gewissen vernachlässigt werden.

Ausserdem trocknet die Laus bereits nach 24–48 Stunden ohne Nahrung (Blut) aus. Auch ein Lausei hat keine Möglichkeit, junge Läuse zu konservieren. Schlüpft eine junge Laus, braucht sie innerhalb der ersten Lebensstunde eine Blutmahlzeit (Abb. 7).

Petrol sollte auf keinen Fall angewendet werden, ist bei der Anwendung hoch giftig. Bereits die Dämpfe können zu Vergiftungserscheinungen führen. Zudem ist Petrol hoch entzündlich.

Wiederholte Behandlungen mit einem Mittel (auch «biologische Produkte») sollen Läuse töten und sind damit sicherlich nicht «unbedenklich») führen lediglich zu Reizungen der Kopfhaut bis zur Ausbildung von Ekzemen und Resistenzen.

Insektizide wie z.B. Lausmittel für Tiere oder Pflanzen, Flohmittel, Fliegen- oder Insektensprays sind unwirksam und in der Nähe von Augen, Nase oder Mund gefährlich. FAZIT: Nissenkamm, Haarspülmittel und viel Geduld beim nassen Durchkämmen sind gefragt und hilft am besten beim Kampf gegen das Läusevolk!



LITERATUR

<http://www.shtm.ac.uk> (2005) Nasses Durchkämmen hilft am besten gegen Läuse.

<http://bmj.bmjournals.com>

Das Cholesteatom: Wie erkennen, wie therapieren?

Bei der chronischen Otitis media cholesteatomatosa handelt es sich um eine chronische Entzündung des Mittelohres und Mastoids, hervorgerufen durch ortsfremdes, verhornendes Plattenepithel mit Anschoppung von Keratin (Englisch: «wrong skin at the wrong place with accumulation of keratin»). Häufig ist gleichzeitig eine Infektion, meist mit gramnegativen oder anaeroben Bakterien, vorhanden.

VON DR. MED.
JONAS ZENDER UND
PROF. DR. MED.
THOMAS LINDER,
HNO-KLINIK,
KANTONSSPITAL
LUZERN

Formen des Cholesteatomes

Primär wird zwischen dem *kongenitalen* und dem *erworbenen Cholesteatom* unterschieden. Ersteres ist sehr selten und wird definiert als embryonaler Rest von Plattenepithelzellen hinter einem intaktem Trommelfell. Bei Patienten mit kongenitalem Cholesteatom besteht keine Perforation des Trommelfelles und es finden sich keine rezidivierende Ohrinfekte in der Anamnese. Typischerweise zeigt sich ein normal pneumatisiertes Mastoid. Ohrmikroskopisch stellt sich eine diskrete Perlgeschwulst hinter intaktem Trommelfell dar und wird häufig als Zufallsbefund bei Verdacht auf Mittelohrerguss entdeckt. Als Sonderform gelten die supra- und infralabyrinthären Cholesteatome, die sich um die otische Kapsel des Innenohrs entwickeln und als erstes Zeichen eine Fazialisparese oder eine Innenohrschwerhörigkeit zeigen.

Das *erworbene* Cholesteatom tritt erst nach der Geburt auf und entsteht durch eine Migration von verhornenden Plattenepithelzellen in das Mittelohr, ausgehend vom Trommelfell oder vom äusseren Gehörgang. Patienten mit erworbenem Cholesteatom haben meist eine Anamnese von rezidivierenden Otitiden und weisen in der Regel ein schlecht pneumatisiertes Mastoid auf. Das erworbene Cholesteatom kann weiter unterteilt werden in das *primär* und das *sekundär erworbene Cholesteatom*. Das primär erworbene Cholesteatom entsteht hinter einem intaktem Trommelfell, ausgehend von einer Retraktionstasche, typischerweise im Bereich der Pars flaccida. Das häufige, sekundär erworbene Cholesteatom geht von einer randständigen Perforation der Pars tensa (Abbildung 1) aus. Es kann auch iatrogenen Ursprungs sein, z.B. nach Paukenröhrchen-einlage oder Tympanoplastik.



Abbildung 1: Randständige Perforation eines rechten Trommelfells mit Anschoppung von Keratin zwischen Hammergriff und Gehörgangswandung.

Klinik des Cholesteatomes

Das Cholesteatom kann in jeder Altersgruppe auftreten. Mit Ausnahme der kongenitalen Form haben Kleinkinder unter zwei bis drei Jahre jedoch noch kein erworbenes Cholesteatom.

Typischerweise sind die Beschwerden der Patienten mit einem Cholesteatom des Mittelohres gering. Im Vordergrund stehen eine meist geringe Hörminderung und ein chronischer oder intermittierender, fötider («stinkender») Ohrfluss. Bei akuter Exazerbation können Ohrenschmerzen hinzukommen, die aber vorübergehend sind. Die Klinik kann lange stumm bleiben, und die betroffenen Patienten suchen bei geringem Leidensdruck erst spät einen Arzt auf. Ein seit längerer Zeit bestehendes Cholesteatom kann sich auch einmal primär mit einer Komplikation bemerkbar machen: Als wichtigste zu erwähnen sind die Labyrinthitis oder Bogengangsfistel mit Schwindel und Schallempfindungsschwerhörigkeit, die Fazialisparese oder endokranielle Infektionen (Meningitis, Hirnabszess, Sinusthrombose).

Diagnostik

Die Diagnose wird otoskopisch gestellt. Auf der Trommelfellebene zeigen sich im Bereich der Retraktionstasche oder der randständigen Perforation (meistens

Tab. 1: Die verschiedenen Formen des Cholesteatomes

Kongenitales Cholesteatom	Erworbenes Cholesteatom	
	Primär erworben	Sekundär erworben
<ul style="list-style-type: none"> • Weissliche «Keratinperle» hinter intaktem Trommelfell • Keine Ohrinfekte in der Anamnese • Gute Belüftung • Ohr trocken 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausgehend von einer Retraktionstasche • «latente» Infekte • Eingeschränkte Belüftung • Ohr «wattig», teils feucht 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausgehend von einer randständigen Perforation • wiederholte Infekte • Belüftung eingeschränkt • Foetide Otorrhoe

28 hinten oben oder vorne oben) weissliche Epithelschuppen, die nach längerer Liegezeit auch dunkelbraun verfärbt sein können. Hinter einer kleinsten Kruste, z. B. im Bereich der Pars flaccida, kann sich z. B. ein grosses Attika-Cholesteatom verbergen. Gerade bei Kindern stellt der otoskopisch sichtbare Teil nur die Spitze des Eisberges dar. Während einer Exazerbation zeigt sich in der Regel reichlich fötide Otorrhoe. Die Hörprüfung ergibt je nach Arrosion der Gehörknöchelchen eine Schalleitungsschwerhörigkeit. Schwindel, das Vorliegen eines Nystagmus oder eine Fazialisparese sind Alarmzeichen und bedürfen einer dringlichen Abklärung.

Bildgebende Diagnostik: Das Feinschicht-CT des Felsenbeines (Abbildung 2) ist primär nicht für die Diagnose geeignet. Es zeigt nur indirekte Hinweise, welche auf ein Cholesteatom schliessen lassen. Es eignet sich jedoch, um das Ausmass der Knochendestruktion abzuschätzen sowie um Komplikationen auszuschliessen. Zusätzlich gibt es dem Operateur präoperativ wertvolle Hinweise über den Pneumatisationsgrad des Mastoides sowie über anatomische Besonderheiten. Bei spezieller Fragestellung, z. B. zum Nachweis eines seltenen Felsenbeinspitzencholesteatoms oder zum Nachweis eines Residuums nach Operation kann auch ein Spezial-MRI des Schädels, in diesem Fall eine Non-EPI-diffusions-MRI-Sequenz, hilfreich sein.

Therapie

Aufgrund der fortschreitenden Knochendestruktion ist die Therapie des Cholesteatoms immer die Operation. Vorübergehende Exazerbationen mit foetider Otorrhoe können durch Anwendung von Ohrtropfen (Ciprofloxacin-haltige bevorzugt) und regelmässige

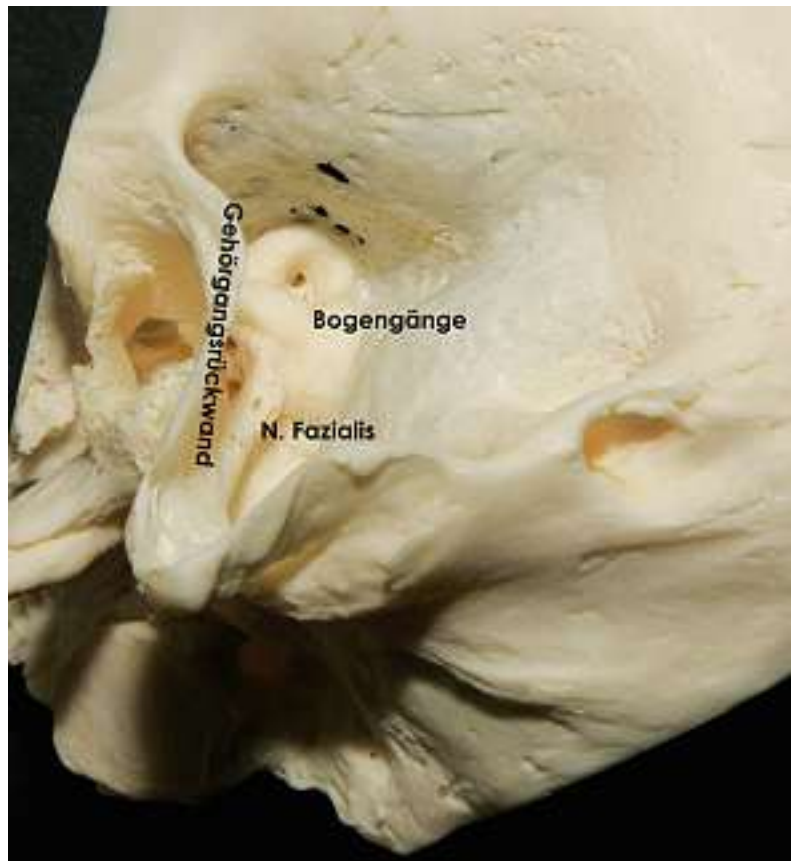


Abbildung 3, 3a: Geschlossene MET nach Mastoidektomie und mit intaktem Gehörgang (courtesy of Dr. M. Toth und FIMF).

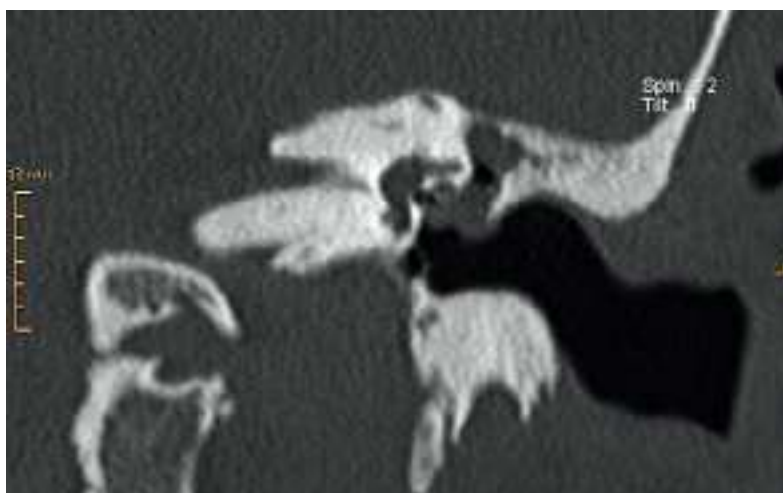
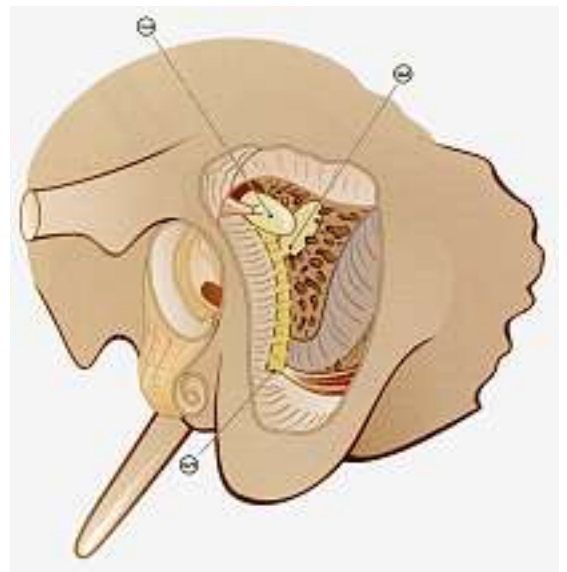


Abbildung 2: Coronares CT eines linken Felsenbeins mit Verschattung zwischen Gehörgangswandung und Innenohr im Epitympanum, klinisch einem Cholesteatom entsprechend. Fehlende Gehörknöchelchen.

Ohrreinigung (nicht Spülung, sondern Absaugen unter dem Mikroskop) behandelt werden. Ziel der Operation ist die vollständige Eradikation des entzündlich-destruktiven Prozesses sowie die Prävention eines Rezidivs. Zusätzlich wird eine Verbesserung des Gehöres mittels Tympanoplastik und Ossikulooplastik angestrebt. Dies entweder gleichzeitig mit der sanierenden Operation oder zu einem späteren Zeitpunkt.

Chirurgisch unterscheidet man die offene von der geschlossenen Mastoidoepitympanektomie. Von letzterer spricht man – vereinfacht dargestellt – wenn bei der Mastoidektomie der knöcherne Gehörgang und der knorpelige Gehörgangseingang erhalten blei-

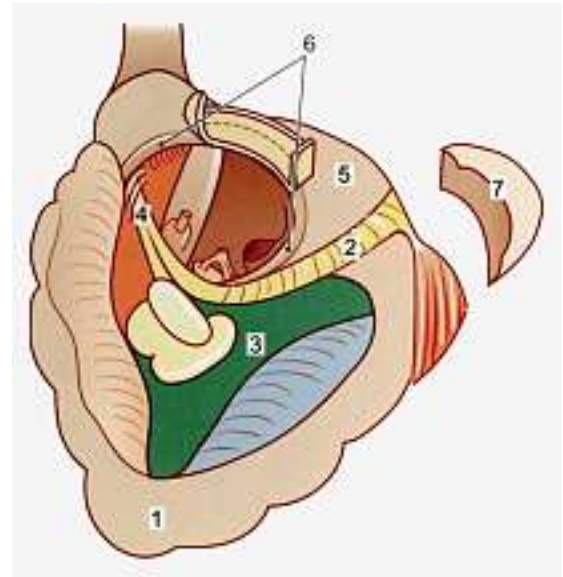
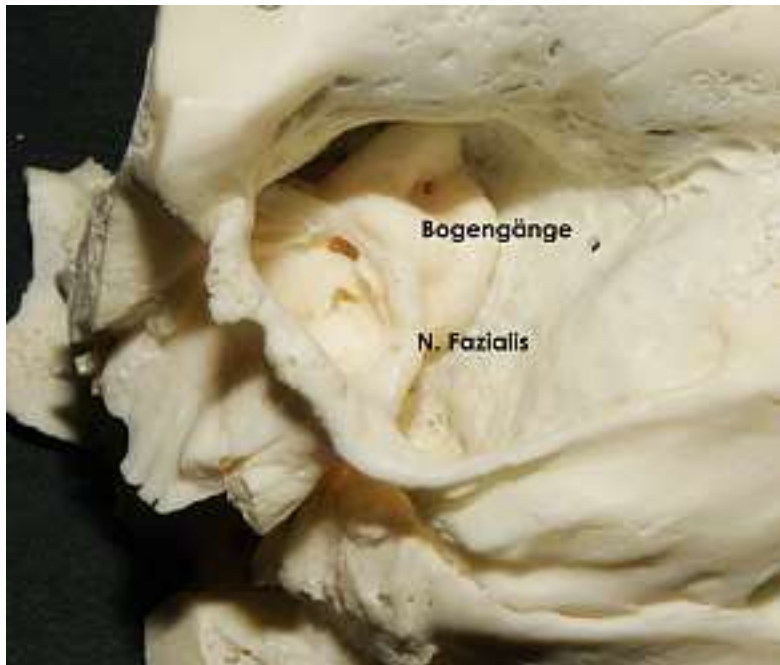


Abbildung 4, 4a: Offene MET nach Mastoidektomie und Entfernung der Gehörgangswandung (courtesy of Dr. M. Toth und FIMF).

ben (Abbildung 3). Allerdings ist die Rate an Residual- und Rezidivcholesteatomen bei geschlossener Technik viel höher als bei der offenen Kavität. Bei der offenen Technik (Abbildung 4) wird die hintere Gehörgangswandung entfernt, der Gehörgangseingang erweitert (Abbildung 5) und das Epitympanum (Hammerkopf und Inkuskörper) vollständig von erkranktem Gewebe befreit (offene MET). Der Mittelohrraum ist nun deutlich kleiner, die Operationshöhle wird mit einem Muskellappen teilweise obliteriert. Die Rezidive sind viel seltener als bei der geschlossenen Technik.

Abbildung 5:
Moderat erweiterter
Gehörgang nach
offener MET-Technik.



Die Wahl der korrekten Operationstechnik hängt von zahlreichen Faktoren ab und wird im Vorfeld ausführlich mit den Eltern und dem Patienten besprochen. Bei beiden Techniken sollte in über 90% ein trockenes Ohr resultieren und die Patienten auch wieder baden können.

Zusammenfassung

Die Otitis media chronica cholesteatomatosa wird klinisch durch die Otoskopie diagnostiziert, zeigt sich meist als randständige Perforation mit Anschoppung von Keratin im Mittelohr und intermittierender foetider Sekretion. Ein CT ist präoperativ indiziert und beeinflusst die Entscheidung zur offenen oder geschlossenen Operationstechnik. Vorübergehende Exazerbationen können mittels topischen Antibiotika-Tropfen und sorgfältiger Ohrreinigung behandelt werden. Im Kindesalter ist das Cholesteatom meist viel ausgedehnter als initial vermutet und das Risiko des Rezidivs ist höher.

HOMEPAGE

www.ksl.ch und www.ent-professionals.ch

LITERATUR

Literatur ist bei den Autoren. Empfohlene Fachliteratur: Fisch U., May J., Linder Th. (eds) Tympanoplasty, Mastoidectomy and Stapes Surgery (2nd edition). Georg Thieme Verlag Stuttgart & New York, 2008.

WIR BEDANKEN UNS FÜR DIE ABBILDUNGEN

bei der FIMF: (Fisch International Microsurgery Foundation), www.fimf.ch

«Integration: Eingliedern oder Vereinigung einer Vielheit zu einem Ganzen»

Ein Streitbares Essay über die Schule der Zukunft, das zum Nachdenken anregt.

VON DR. MED.
HERBERT SUTER

Integration – ein modern publikumswirksamer, Friedensnobelpreisträchtiger Begriff, Wahlspruch sozial-engagierter Politiker, virtuelles Sparpotenzial karrierefroher Ratsmitglieder, einkommenssicheres Tätigkeitsgebiet von Büroisch-Pädagogiktheoretikern und dem Burn-out der Schulstuben entflohenen Lehrern. Gleiche Chancen und das Selbstbewusstsein, vom Regelunterricht nicht ausgeschlossen zu sein, sollen jedem Kind, ungeachtet seiner kognitiven Belastbarkeit oder sprachlichen Möglichkeit, zugutekommen. Freiwerdende Potenzen können ohne Verlust in individuelle Förderung – ein nach wie vor unklar definierter,

ausgelaugter Begriff – investiert werden. Heilpädagogen und Therapeuten für jede Schwäche sollen den Überforderten auf die Sprünge helfen.

Dabei werden die Anforderungen individuell den Möglichkeiten des Einzelnen angepasst – das Traumszenario wie es bereits früher in den Gesamtschulen Erfolg gehabt hat. Allerdings mit dem Unterschied, dass die Schule damit heute zunehmend einer Heilanstalt gleicht, wo unter ein paar unterrichtswürdigen Motivierten, die den vorgegebenen Lernzielen gerecht werden können, lauter stütz- und therapiebedürftige «Schulpflichtige» sitzen, die mit entsprechenden Noten



Integration mit Unterstützung im Schulzimmer (die 3 SchülerInnen sind nicht sichtbar):

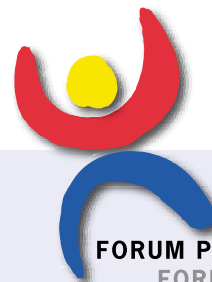
- | | |
|---|---|
| 1 MMI Mind-Motor-Integrator (Psychomotorik-Therapeutin) | 8 SCM Speech Care Manager (Logopädin) |
| 2 IWS Individual Weakness Support (Heilpädagogin) | 9 PA Professional Animator |
| 3 MCA Mental Care Assistant (Psychologin) | 10 POL Parental Opinion Leader (Elternvertreterin) |
| 4 FIM Fit In Motivator (Integrationstherapeutin) | 11 TS Task Support (Aufgabenhilfe) |
| 5 HIN Helper In Need (Notfall-Intervention, nicht sichtbar) | 12 SM Subject Manager (Lehrer) |
| 6 KHS Kind Hearted Support (Laienhilfe) | 13 PS Physical Supervisor (auch Bodyguard) |
| 7 SC Superior Controlling (Inspektor) | 14 HLF Happy Letter Finder (Legasthenietherapeutin) |

oder reduzierten Anforderungen versuchen, ihre Schulzeit möglichst schadlos zu überstehen.

Werden wir Pädiater, gezwungen durch das Schicksal «heilbedürftiger» Schüler neben den Prostituierten der Planung, die, wohlbezahlt und beschäftigungssicher, dem Wunsch der Politiker und der Wirtschaft gemäss, immer neue Systemstrategien erfinden, zu Zuhältern der Therapeuten? Ich weiss, dass ich wieder heillos übertreibe und dem Bestreben der Schule (Gesellschaft?), aus unseren Kindern glückliche überlebens- und leistungsfähige Erwachsene zu machen, Unrecht tue, und dass diverse Schulen in der Pilotphase der Integrationsbestrebungen erfreulich gute Erfahrungen gemacht haben. Dennoch sehen wir in unserer Sprechstunde doch täglich Kinder, die unter ihrer schulischen Überforderung leiden oder sich mit ihren reduzierten Leistungszielen in der Regelklasse nicht als vollwertig fühlen, da viele Lehrer noch Mühe haben, dieses individuelle «Züglein» zu akzeptieren.

Wir Pädiater waren nicht unwesentlich mitbeteiligt an der Einführung von Kleinklassen, und es ist uns aus jüngster Erfahrung wohl bekannt, was geschieht, wenn aus Erfahrung Gewordenes auf dem Bürotisch durch Idealvorstellungen ersetzt wird (siehe Tarmed und Co.). Wenn die Politiker und Pädagogen zudem glauben, den Klagen der Lehrmeister und Mittelschulen über zunehmende Defizite im sprachlichen Ausdruck und mathematischen Denken mit der Ausdehnung und Intensivierung des entsprechenden Lernstoffes begegnen zu können, so nimmt der Leistungsdruck kontraproduktiv und integrationswidrig noch zu. Noch nie wurde so viel und so viel Gescheites über die Voraussetzungen des erfolgreichen Lernens geschrieben, und noch nie wurden so viele Wahrheiten ignoriert und durch Programm und System ersetzt. «Weniger ist mehr!» ist für jedermann ein wohlbekannter Grundsatz; ihn umzusetzen löst aber Panik aus.

Wäre das aber nicht die Chance, die Idee der menschenrechtsadäquaten Integration umzusetzen? Wie wäre es, wenn der Lehrer für die schwächeren und mittleren Schüler da wäre, ihnen den Lehrplan anpassen könnte und engagiert in die Augen schauen würde? Wenn nicht Therapeuten für die schwachen, sondern motivierte Fachleute für die interessierten guten und sogenannte überbegabten Schüler eingesetzt werden könnten? Dann würde aus der Heilanstalt plötzlich ein Arbeits- und Reifungsort, wo sich schwache und mittlere Schüler – so denke ich – wohler fühlen würden und ihre «nichtschulischen» Fähigkeiten einbringen und die «guten» ihre Interessen überdurchschnittlich ausleben könnten. Dann wäre auch der Lehrerberuf wieder erstrebenswert. Nur so ist wirkliche Integration möglich: Die Schule der Zukunft – die einzige, die wird überleben können!



FORUM PRAXISPÄDIATRIE
FORUM PÉDIATRIE AMBULATOIRE
FORUM PEDIATRIA PRATICA

Beitrittserklärung

Ich melde mich an als

- ☐ ordentliches Mitglied
 (Pädiatrie FMH mit Praxistätigkeit) ☐ ausserordentliches Mitglied
 (Fachärzte anderer Gebiete,
 AssistentInnen, Kliniker)

VORNAME, NAME

TITEL

FACHARZT

ADRESSE

PLZ/ORT

TELEFON PRAXIS

TELEFON PRIVAT

FAX

E-MAIL

DATUM/UNTERSCHRIFT:

Schwerpunkte in meiner Praxistätigkeit

Vorschläge für Projekte im Rahmen des Forum Praxispädiatrie FPP

Ich bin bereit, gelegentlich an einem Projekt mitzumachen

☐ Ja ☐ Nein

Bitte Talon retournieren an

Forum Praxispädiatrie FPP, Geschäftsstelle, Breitingenstrasse 23,
 8002 Zürich, Tel. 044 520 27 17, Fax 043 344 92 67,
 info@praxispaediatriche.ch, www.praxispaediatriche.ch





Hôpital
Albert Schweitzer
in Deschapelles im
Artibonite-Tal.

ENTWICKLUNGSZUSAMMENARBEIT IN HAITI:

Die einzige Konstante ist der ständige Wechsel!

Nach einigen Tiefschlägen steht das Projekt «Partnerschaft Kinderspitäler Biel-Haiti» vor neuen Herausforderungen. Das verheerende Erdbeben vom Januar dieses Jahres zwang die Helfer aus der Schweiz, frische Prioritäten zu setzen.

VON DR. MED.
CHRISTIAN KNOLL,
BIEL

Seit 1992 wurden vom Verein «Partnerschaft Kinderspitäler Biel-Haiti» (VPKBH) über 25 Schweizer Pädiaterinnen und Pädiater rekrutiert und finanziert, die am Hôpital Albert Schweitzer (HAS) in Deschapelles auf Haiti gearbeitet haben. Einige haitianische Ärzte und Krankenschwestern konnten sich an den Bieler Spitälern fortbilden. Dadurch, dass der Vereinspräsident Prof. Rolf Zurbrugg zusammen mit Dr. Rolf Maibach, Pädiater aus Illanz und Präsident der «Bündner Partnerschaft», im Stiftungsrat einsass, konnten die Schweizer einen wichtigen Einfluss auf die Entwicklung des Spitals nehmen. Haiti ist kein einfaches Pflaster: Unvorstellbare Armut, Naturkatastrophen und letztendlich auch die überall grassierende Korruption beuteln die Menschen. Nachdem das HAS während fast 50 Jahren gut funktioniert hatte, unzähligen Menschen geholfen und unzählige Projekte (Brunnenbau, Aufforstung, Community Health-Projekte, um nur einige zu nennen) initiiert hatte, zogen Anfang des neuen Jahrtausends langsam dunkle Wolken in Form eines immer grösseren Defizits am Horizont auf. Lange Zeit wurde der drohende Kollaps der Grant-Foundation, über die das Spital finanziert wird, skotomisiert bzw.

wurden Massnahmen getroffen, die die Situation nicht grundlegend änderten, sondern die sogenannten Overhead-Kosten (=Verwaltungskosten) noch erhöhten (von wo kommt uns das wohl bekannt vor??).

Neue Aufgaben

Den Anfang machte der sogenannte «Solèr-Report», er schlug wie eine Bombe im Stiftungsrat des HAS ein und rüttelte auch den letzten Optimisten («es wird schon irgendwie wieder werden...») wach. Dr. med. Rolf Solèr, einer der vielen vom VPKBH rekrutierten Mitarbeiter am HAS, der zuvor auch schon in Afrika gearbeitet hatte, beobachtete und rechnete genau. Er stellte fest, dass die Kosten für die stationäre Behandlung eines Patienten pro Tag um ein Vielfaches höher lagen als für vergleichbare Projekte mit gleichen medizinischen Erfolgen in Afrika. Schuld daran war nicht die Verteuerung und Verbesserung der medizinischen Versorgung, sondern v.a. die Kostenexplosion für eine ausufernde Verwaltung und Infrastruktur samt ihrem Personal. Im Stiftungsrat («Board») wurde beschlossen, eine Studie in Auftrag zu geben, wie die Kosten des Spitals gesenkt und seine längerfristige Zukunft gesi-

chert werden können. Doch so eine Studie kostet – im Budget nicht vorgesehenes – Geld, hier sprang der VPKBH erstmals in die Bresche und übernahm die Finanzierung und Ausführung der Studie. Dr. Chandon Chattopadhyay, Facharzt FMH Kinder- und Jugendmedizin sowie Tropenmedizin, Master of International Health, und zu diesem Zeitpunkt als Schweizer Pädiater am HAS, war dank seiner breiten Ausbildung prädestiniert für diese Aufgabe und bewältigte sie zusammen mit Dr. Maurice Fritzsche auf hervorragende Weise. Kurz zusammengefasst wurden folgende Massnahmen als unumgänglich postuliert:

1. Drastische Redimensionierung des HAS als Zentrumsspital mit schrittweisem Abbau von Personal, zu spezialisierten Leistungen und v.a. der Infrastruktur.
2. Gleichzeitiger massiver Ausbau und Aufrüstung der sieben vorhandenen Dispensaires auf dem Land für eine erweiterte Grundversorgung der lokalen Bevölkerung.
3. Steigerung der Einnahmen durch Anhebung der Kosten für medizinische Behandlungen (die dann immer noch günstiger waren als die Kosten für einen «Bokor» = Voodoo-Doktor).
4. Bekämpfung der Korruption.

Der grosse Brocken

Die Studie und deren Schlussfolgerungen wurden vom Board einstimmig gutgeheissen. Beim Beschluss zur Umsetzung des Projektes «Umstrukturierung des HAS» gab es jedoch schon impliziten Widerstand von Traditionalisten im Board, die die Zeichen der Zeit nicht erkennen konnten oder wollten. Die schwindenden Reserven der Grant-Foundation liessen jedoch keine andere Wahl, als die Umstrukturierung zu beschliessen. Die budgetierten Kosten hierfür beliefen sich jedoch um einiges höher als die der Studie. Wieder erklärte sich der VPKBH nach reiflichem Überlegen bereit, die Umsetzung des Projektes zu finanzieren, im klaren Bewusstsein, dass die jährlichen Kosten die finanziellen Möglichkeiten des Vereins massiv überschreiten würden. Chandon stellte sich als Leiter für diese Mammutaufgabe zur Verfügung und wurde vom Board mit der Zusicherung der Finanzierung durch den VPKBH zum Projektleiter gewählt. Der Verein machte sich auf den steinigten Weg des Fundraising. Dank eines Legates konnte das erste Jahr aus den Reserven finanziert werden, aber dann? Unzählige Kontakte wurden geknüpft und Gesuche gestellt. Nach einigen arbeitsintensiven aber letztendlich frustrierten Verhandlungen mit Entscheidungsträgern der Schweizer Pharmaindustrie tat sich ein Silberstreifen am Horizont auf: die Migros-Stiftung übernahm die Finanzierung für das zweite und dritte Jahr, dann sollte das HAS soweit gesundgeschrumpft sein, um die weiteren Umstrukturierungen

aus eigenen Kräften bestreiten zu können. N.b.: Für das Strukturprojekt wurden vom Verein keine Mittel eingesetzt, die für das primäre Vereinsziel (Entsendung und Entlohnung eines Schweizer Pädiaters) gesammelt wurden. Dieses Ziel wurde weiter verfolgt und im ersten Jahr der Umstrukturierung auch umgesetzt. Für die dringend notwendigen Renovationen und Ausbauten der Dispensaires konnte die Berner Fachhochschule, Departement Architektur, in Burgdorf und Biel erneut als Partner gewonnen werden. Die DEZA leistete einen Beitrag von 500 000 Franken für den Umbau, wenn das HAS für den zukünftigen Betrieb der Dispensaires aufkommen würde. Ein weiterer Glückfall war Norbert Morel, ein Schweizer, der schon lange als Mitarbeiter einer anderen NGO vor Ort war und als Bauleiter für die Arbeiten gewonnen werden konnte. Dank seiner Kenntnisse der lokalen Gegebenheiten und der Akzeptanz, die er bei der Bevölkerung genoss, konnte er das Unmögliche möglich machen: die Umbauten zeitgerecht und unter Einhaltung des Kostendaches umzusetzen!

Eiszeit

Die Umstrukturierung lief zunächst gut an. Chandon gelang es durch sein bescheidenes aber unbeirrbares Auftreten, das Vertrauen der Angestellten und der Bevölkerung zu gewinnen und ihnen die schmerzhaften, aber notwendigen Veränderungen (Entlassungen, höhere Behandlungskosten) verständlich zu machen. Ganz anders reagierte natürlich die lokale «Mafia», Mitarbeiter in und ums Spital, deren Aktivitäten Chandon schonungslos aufdeckte und die sich um ihre Pfründe «geprellt» sahen. Mit dem Spitaldirektor V. Shuresh pflegte Chandon eine intensive und vertrauensvolle Zusammenarbeit, sodass die ersten Etappen der Umstrukturierung nach Plan über die Bühne gingen. Als es ans «Eingemachte» ging, fing es jedoch an zu harzen. Nicht allen wichtigen Personen gelang es, die Idee vom alten, grossen Spital aufzugeben und sich von alten Zöpfen (und korrupten Mitarbeitern) zu trennen, wodurch die Bemühungen von Chandon unterlaufen wurden. Das Klima am Spital wurde trotz tropischer Hitze eisiger. Der VPKBH entschloss sich, keine weiteren Pädiater mehr in diese schwierigen Umstände zu entsenden und übernahm die Finanzierung der hervorragenden haitianischen Chefärztin der Pädiatrie unter der Auflage, dass das HAS einen zusätzlichen haitianischen Pädiater einstellt.

Ende 2007 spitzte sich die Lage zunehmend zu. Bedingt durch die internationale Finanzkrise (irgendwer muss die Zeche der Banker ja bezahlen...) explodierten die Preise für Grundnahrungsmittel weltweit. In Haiti, wo das Geld der meisten Familien für die Ernährung zuvor schon nicht ausreichte, wurden die Grundnahrungsmittel Reis und Bohnen für die meisten uner-

schwinglich. Uns allen sind die Bilder von Haitianern, die ihren Hunger mit «Sandkuchen» zu stillen versuchten, noch in Erinnerung! Aufgestachelt von (durch die Mafia bezahlten?) Unruhestiftern streikte das Personal des HAS und verlangte exorbitante Lohnerhöhungen, die die anfangs erfolgreichen Einsparungen komplett zunichte gemacht hätten. Immer wieder wurden loyale HAS-Mitarbeiter bedroht und mussten aus Angst um Leib und Leben das Spital verlassen. Obwohl es Chandon gelang, die Lage durch Verhandlungen zunächst zu beruhigen, kam es Anfang 2008 zu massiven tätlichen Übergriffen. Chandon konnte nur mit knapper Not seine Haut retten und musste aus Haiti fliehen – ein schwerer Tiefschlag für das HAS, dessen Umstrukturierung und auch für den VPKBH, der viel Energie und Geld in dieses Projekt gesteckt hatte.

Wie weiter?

Obwohl Dr. Rolf Maibach, der nach Aufgabe seiner Praxistätigkeit in der Schweiz zusammen mit seiner Frau Raphaela am HAS auf der Pädiatrie gearbeitet hatte, neuer Spitaldirektor wurde, gelang es dem VPKBH nicht, das alte, vertrauensvolle Verhältnis zum HAS weiter zu pflegen. Das ambitionierte Projekt war auf halber Strecke gescheitert. Der Verein musste sich schmerzhaft eingestehen, dass es trotz vielen guten Willens für einen kleinen Verein eine Überforderung ist, die Gesundheitspolitik in einem fernen Land mitzugestalten.

Der Bankrott des HAS war eine Frage von Monaten und der Verein nicht bereit, weiterhin Geld in ein sinkendes Schiff zu investieren. Also alle Aktivitäten einstellen und den Verein auflösen? Sicher die schlechteste Lösung für die notleidende haitianische Bevölkerung! Ein Zufall und ein Glücksfall kamen dem Verein zu Hilfe. Das Ende der

Umbauarbeiten der Dispensaires rückte in greifbare Nähe, aber dem HAS fehlte das Geld, um sie wie vertraglich mit der DEZA geregelt auch zu betreiben. In den zähen Verhandlungen gelang es, mit dem HAS zu vereinbaren, dass zwei Dispensaires unter die Leitung des VPKBH gestellt und von ihm finanziert werden. Erstes war dank der Fortführung der Zusammenarbeit mit Norbert Morel gut möglich, für letzteres half das Glück mit. Ein älteres, wohlhabendes Ehepaar entschied sich, in Dankbarkeit für ein erfülltes und glückliches Leben, bereits zu ihren Lebzeiten andere an ihrem Glück teilhaben zu lassen und bedachte den VPKBH mit einer namhaften Summe.

Neue Ausrichtung

Wie betreibt man von der Schweiz aus zwei Dispensaires? Neue Aufgaben, neue Konzepte, neue Partner, neue Bürokratie (auch die gibt es auf Haiti!); Gott sei Dank verfügt der VPKBH über Mitglieder mit genug Elan, Zeit, Engagement und Erfahrung. Unter der Führung von Fredy Sidler, dem ehemaligen Direktor der Ingenieurschule Biel und späteren Präsidenten und Generalsekretär der Rektorenkonferenz der Schweizer Fachhochschulen, stellte eine Arbeitsgruppe die nötigen Kontakte her und eine erste Strategie auf. Mit Norbert Morel als Direktor, einem haitianischen Arzt und einem haitianischen Administrator konnte ein Dreamteam gefunden werden, welches die Planung vor Ort unermüdlich vorantrieb, die Dispensaires einrichtete, Personal anstellte und Material organisierte. Alles lief wie geplant, sogar die nötigen Bewilligungen vom haitianischen Gesundheitsministerium waren auf gutem Weg, als im Januar 2010 niemand eine schützende Hand über Haiti legte und das schon stark gebeutelte Land von einer neuen Katastrophe heimgesucht wurde.

Das Erdbeben vom 12. Januar 2010 liess in Port-au-Prince, der Hauptstadt von Haiti, keinen Stein auf dem anderen. 220 000 Menschen verloren unter den Trümmern oder später an den erlittenen Verletzungen ihr Leben, über 300 000 wurden verletzt und 1,2 Millionen Menschen obdachlos. Eine unvorstellbare Katastrophe für ein Land mit schon vor dem Beben kaum funktionierender oder inexister Infrastruktur! Das rund 60 Kilometer Luftlinie von der Hauptstadt entfernt liegende HAS wurde vom Beben nicht beschädigt und war in den ersten Tagen, bis Notspitäler in PaP aufgebaut wurden (unter anderem von der DEZA und dem Schweizerischen Korps für Humanitäre Hilfe), das einzige funktionierende Spital in der Gegend. Tausende von Verletzten machten sich auf, um im HAS Hilfe zu erhalten. Das HAS musste mit einer logistischen Herausforderung unvorstellbaren Ausmasses fertig werden und man muss betonen, dass das HAS und seine Mitarbeiter diese Aufgabe bravourös gemeistert haben! Als Iro-

Hôpital
Albert Schweitzer
in Deschapelles im
Artibonite-Tal.





**Centre d'Urgence
Haiti-Suisse.**

nie des Schicksals mag erscheinen, dass durch die weltweite Anteilnahme an der Erdbebenkatastrophe auch die Kassen des HAS wieder etwas gefüllt wurden; ob allerdings auf Dauer, ist fraglich.

Welche Möglichkeiten hatte der Verein, den Überlebenden zu helfen? Durch eine Analyse vor Ort war schnell klar, was nötig war: das Centre d'Urgence Haiti-Suisse. Viele Verletzte, die im HAS behandelt wurden, konnten nicht nach Hause zurückkehren, da es kein Zuhause mehr gab! Bei einigen waren auch ambulante Nachbehandlungen nötig, sodass sie in der Nähe des Spitals bleiben mussten. Die «Fondation Suisse-Santé-Haiti» bekam ein grosses Haus zur Verfügung gestellt und konnte dort 160 Personen aufnehmen, ernähren und den 50 Kindern einen Schulbesuch ermöglichen. Auch hier eine logistische Meisterleistung durch die lokalen Mitarbeiter, die bei schwierigsten Nachschubproblemen und gleichzeitigem Ausbau der Dispensaires innerhalb kürzester Zeit alles auf die Beine gestellt haben. Es ist geplant, die weitere Betreuung (und möglicherweise Integration ins Dorf) der noch verbleibenden ca. 100 Personen zusammen mit einer anderen NGO weiterzuführen.

Neuland

Trotz aller bürokratischen (das Gesundheitsministerium samt aller bisherigen Genehmigungen, Papiere und z.T. auch Mitarbeiter existierte praktisch nicht mehr) und logistischen Hindernisse (ausbleibende Materiallieferungen, zerstörte Transportwege etc.) konnten die beiden Dispensaires in Deslandes und Plassac Mitte April 2010 zusammen mit der Bevölkerung feierlich eröffnet werden. Welch ein Moment! Zuvor galt es noch in vielen Gesprächen die Bedenken und Ängste der lokalen Bevölkerung ob der neuen Trägerschaft und Organisation zu zerstreuen. Jetzt wer-

den beide Dispensaires rege genützt und funktionieren zur vollsten Zufriedenheit der Patienten.

Im Februar 2010 wurde vom Verein die «Fondation Suisse-Santé-Haiti» gegründet, die sich voll um den Betrieb der beiden Dispensaires (mit 47 einheimischen Angestellten, 300 einheimischen Freiwilligen und einem Einzugsgebiet mit ca. 75 000 Personen kein Tante-Emma-Laden) und das schweizweite Fundraising für deren Finanzierung (mit schätzungsweise 360 000 Franken pro Jahr kein Pappenstiel) kümmern wird.

Wie es weiter gehen wird? Haiti ist immer für eine Überraschung gut. Wir hoffen, dass wir mit dem neuen Projekt den Bedürfnissen der Bevölkerung gerecht werden und dass es das HAS irgendwie schafft, seine finanziellen Probleme zu lösen und als «Zentrumsspital» weiterhin die medizinische Versorgung der Bevölkerung des Artibonite-Tals garantieren kann.

Und das Fazit? Entwicklungsarbeit ist nötig, sie ist befriedigend und aufreibend, nichts ist vorhersehbar, es «menschelt» wie überall, und was heute richtig ist, muss morgen nicht mehr stimmen. Nicht unbedingt unsere Vorstellungen von Hilfe sind zentral, sondern die Bedürfnisse derjenigen, denen geholfen wird. Um diese zu ergründen, braucht es einen Dialog, sonst tritt das Gegenteil von gut ein: gut gemeint. Vor allem aber sind zwei Dinge wichtig:

Keep straight! Lass Dich nicht entmutigen von Rückschlägen, glaube an Deine Ideen und halte an Deinen Idealen fest!

Keep flexible! Wenn sich die Umstände ändern, musst Du Dein Handeln ändern, ohne Punkt 1 aus den Augen zu verlieren!

**Wer mithelfen möchte, dem sei das PC-Konto
25-14357-3 des VPKBH ans Herz gelegt.
Mesi anpil!**





Praxisluft schnuppern

Der Schritt in die unternehmerische Selbstständigkeit will gut vorbereitet sein – das gilt auch für junge Kinder- und Jugendärzte. 22 von ihnen besuchten deshalb das diesjährige Praxiseröffnungsseminar in Zürich.



VON SIMON HUBACHER,
GESCHÄFTSSTELLE FPP

Organisiert und geleitet wurde das zweitägige Praxiseröffnungsseminar Ende Juni von Sepp Holtz, Kinder- und Jugendarzt mit Gruppenpraxis in Zürich-Wollishofen und Oberarzt Lehre an der Abteilung Entwicklungspädiatrie des Kispäi Zürich. «Anfang 90er-Jahre besuchte ich vor Beginn meiner Praxistätigkeit selber dieses Seminar», sagt Sepp Holtz. Aus diesem Seminar heraus war damals auch das Forum Praxispädiatrie FPP entstanden. Das letzte Mal fand das Praxiseröffnungsseminar vor rund zwei Jahren statt, ebenfalls geleitet von Sepp Holtz. «Das Seminar ist ein wichtiges Modul, um jungen Pädiatern Mut zu machen, den Schritt in die Praxis zu wagen.» Als Hilfe zur Entscheidungsfindung empfiehlt Holtz dem Pädiaternachwuchs ferner, möglichst viele Praxen anzuschauen und Praxisassistenzen oder -vertretungen zu absolvieren.

Dieses Jahr nahmen am Seminar 16 Frauen und 6 Männer teil. Kein untypisches Bild, nimmt der Anteil an Kinder- und Jugendärztinnen doch stetig zu. Auf den Feedbackbögen war denn auch neben viel Lob ein Kritikpunkt mehrmals aufgetaucht, den die Teilnehmerinnen im Seminarprogramm gerne ausführlicher behandelt gesehen hätten: Wie lassen sich Mutterschaft und eine Teilzeitbeschäftigung in der Kinderarztpraxis vereinbaren? Über alles gesehen erhielt das Praxiseröffnungsseminar bei den 22 Teilnehmenden ausgezeichnete Noten.

Behandelt wurden von den rund 15 Referentinnen und Referenten eher «trockene» Themen wie Fragen der Praxisorganisation, Versicherungen oder Tarmed. Auf der anderen Seite wurden fachspezifische Aspekte vertieft, etwa wie man Konsultationen kundenfreundlich gestalten kann. Wichtig war den Referenten, den jungen Kinder- und Jugendärzten die Unterschiede zu einer Tätigkeit am Spital vor Augen führen zu können. «Man merkt, dass der Respekt vor einer unternehmerischen Aufgabe wie die Führung einer eigenen Praxis sehr gross ist», sagt Sepp Holtz. Er schätzt, dass von den 22 Teilnehmenden etwa ein Drittel den Entscheid für die eigene Praxis bereits gefällt haben und zwei Drittel sich mit der Frage intensiv auseinandersetzen.

Als sehr gelungen ist auch der Rahmen des diesjährigen Praxiseröffnungsseminars zu bezeichnen, insbesondere der gemeinsame Besuch der Praxis von Sepp Holtz (mit der ausdrücklichen Erlaubnis, sich ausgiebig umzusehen und Schubladen zu öffnen) sowie das anschließende Abendessen in den Praxisräumlichkeiten, das von Ursula Pasche, langjährige Mitarbeiterin von Sepp Holtz, gekocht wurde. Ein aussergewöhnlicher Gaumenschmaus für alle, inklusive umwerfender Bewirtung durch die «lustige Kellnerin» Sandra alias Margrit Bornet, die für allerlei Verwirrung und einige kräftige Lacher sorgte.



Wenn ein Kind aus unserer Praxis stirbt

Ein von uns betreutes Kind stirbt an einer chronischen Krankheit oder unvorhergesehen. Was ist meine Aufgabe, was kann ich beitragen als Kinderarzt/-ärztin? Was sollte ich wissen?

Inhalte Grundlagen: Entwicklung des Todeskonzepts bei Kindern und Jugendlichen
Gespräche mit Angehörigen vor und nach dem Tod eines Kindes: Do's und Dont's
Umgang mit alternativmedizinischen Methoden
Trauerbegleitung und Vernetzung
Eigene Psychohygiene und Bewältigungsstrategien

Struktur Der Workshop ist interaktiv gestaltet. Zu den Themen vermitteln die Fachleute theoretisches Wissen. Anhand von Fällen werden Fragen diskutiert.

Datum Donnerstag, 11. November 2010, ganzer Tag

Ort Grossraum Zürich (genauer Ort wird noch bekannt gegeben)

Leitung/Referenten lic. phil. Rosanna Abbruzzese, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP
Dr. phil. Daniel Zehnder, Fachpsychologe für Psychotherapie FSP

Teilnehmende 20 PraxispädiaterInnen

Kosten CHF 350.– bzw. CHF 250.– für FPP-Mitglieder (ohne Mittagessen), inkl. Kursunterlagen

Information und Moderation Dr. med. Barbara Brändle, Oberengstringen,

Eltern zwischen Freude und Erschöpfung – zur postpartalen Erschöpfung und postpartalen Depression

Ziele

- Die TN kennen die Krankheitsbilder postpartale Erschöpfung und postpartale Depression.
- Sie sind dafür sensibilisiert und fähig zur Früherkennung in der pädiatrischen Praxis
- Die TN vertiefen ihre Beratungskompetenz
- Sie kennen die Möglichkeiten von interdisziplinärer Zusammenarbeit und Psychotherapie

Inhalte

- Krankheitsbild der postpartalen Krisenzustände
- Früherkennung
- Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Bindung und den Säugling
- Massnahmen zur Entlastung und Erholungsmöglichkeiten
- Vorstellung der Mutter-Kind-Abteilung
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Psychotherapie
- Erfahrungsaustausch

Datum 2. Dezember 2010, 9–17 Uhr

Ort Spital Affoltern, Sonnenbergstrasse 27, 8910 Affoltern am Albis

Leitung/Referenten Annina Hess-Cabalzar, Leitung Psychotherapie und Mutter-Kind-Abteilung
Gunda Wolter, Psychotherapie, stellvertretende Leitung Mutter-Kind-Abteilung

Teilnehmende 25–30 Personen

Kosten CHF 350.– bzw. CHF 250.– für FPP-Mitglieder

Workshop Neonatologie für Praxispädiater und Praxispädiaterinnen

Betreuung und Reanimation (normale und gestörte Adaptation), Hypoglykämie, Hyperbilirubinämie, Pulsoxymetrie, Infektionen (Strepto B, Hepatitis B und C, u.a.m.), Betreuung im Wochenbett.

Datum 9. Dezember 2010

Ort UniversitätsSpital Zürich, Bibliothek Departement Frauenheilkunde, Frauenklinikstrasse 10, 8091 Zürich

Leitung/Referenten PD Dr. med. Jean-Claude Fauchère und Prof. Dr. Hans Ulrich Bucher

Teilnehmende 10 Personen. Voraussetzung ist die Betreuung von Neugeborenen.
Oberärztinnen der Klinik für Neonatologie, UniversitätsSpital Zürich.

Kosten CHF 300.– bzw. CHF 200.– für FPP-Mitglieder

Reanimationskurs für Praxispädiater

Welcher Praxispädiater fürchtet sich insgeheim nicht vor einer akuten, lebensbedrohlichen Situation eines Kindes in seiner Praxis? In Zusammenarbeit mit dem Kinderspital Zürich frischen wir unsere Fertigkeiten und unser Wissen bezüglich praxisrelevanter, lebensbedrohlicher Situationen von Kindern und Jugendlichen auf (entsprechend den aktuellen ATLS-Richtlinien). In kleinen Gruppen üben wir unter fachkundiger Leitung konkrete Situationen am Phantom. Gängige und neue Hilfsmaterialien werden vorgestellt und angewandt, Medikamentendosierungen und Leitlinien auch schriftlich abgegeben.

Datum Donnerstag, 13. Januar 2011, 9.00–18.00 Uhr

Ort Alterszentrum am Hottingerplatz, Zürich (Nähe Kinderspital)

Leitung/Referenten Dr. G. Staubli, Leiter Notfallstation Kinderspital Zürich und Mitarbeiter

Teilnehmende 25 Personen

Kosten CHF 250.– für FPP-Mitglieder, resp. CHF 350.– für Nicht-Mitglieder

Kinderorthopädie für die Praxis

In loser Folge werden wichtige orthopädische Probleme und Fragestellungen aus der pädiatrischen Praxis behandelt. Jeder Kurs-tag ist jeweils einer Körperregion gewidmet.

Theorie und praktische Anwendung sollen sich ergänzen (Videos, Rx-Bilder, Untersuchungstechnik direkt am Kind, interaktiv eigene Fälle).

Ein erster Teil zum Thema «Kinderfuss und Beinachsen» hat im Januar 2010 stattgefunden.

Datum und Themen	Weitere Kurstage werden jeweils in den <i>ForumNews</i> publiziert.
2. Teil	Orthopädische Probleme der Kinderhüfte.
Datum	27. Januar 2011, 9–17 Uhr
Ort	Auditorium der Schulthess Klinik, Zürich
Leitung/Referenten	Kinderorthopädie-Team der Schulthess Klinik: Dr. med. R. Velasco, Dr. med. H. Manner, Dr. med. S. Dähn, Dr. med. E. Lamprecht, Kinderorthopädin, Winterthur
Teilnehmende	50 Personen
Kosten	CHF 350.– bzw. CHF 250.– für FPP-Mitglieder

Psychische, psychosomatische und psychiatrische Probleme in der pädiatrischen Praxis

Organisation	Katharina Wyss, Arth-Goldau Rolf Temperli, Bern Im Auftrag des Forum Praxispädiatrie
Fachliche Leitung	Christian Wüthrich, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universitäts-Kinderklinik Bern In Zusammenarbeit mit zahlreichen ausgewiesenen Fachkräften
Kursort	Block 1 Tagungszentrum Herzberg ob Aarau Block 2 Tagungszentrum Appenberg bei Konolfingen Übrige Kursorte noch offen
Unterkunft	Für das Gelingen des Kurses ist ein reger Austausch unter den Teilnehmenden von grosser Bedeutung, weshalb das Übernachten am Kursort sehr erwünscht ist.
Aufbau des Kurses	Der Kurs wurde im Vergleich zu den vorausgehenden aufgrund der Erfahrungen leicht modifiziert. Er wird in 7 Blöcken à jeweils zwei Tagen, verteilt über zwei Jahre (jeweils Donnerstag und Freitag), angeboten. Dazwischen werden, regional organisiert, 4 Supervisionen stattfinden (entsprechend 1 Kursblock). Um die absolvierte Stundenzahl korrekt bestätigen zu können, wird an den Kursen eine Präsenzliste geführt.

Zielsetzung

Der Kurs will Grundlagen vermitteln, um den psychischen und psychosomatischen Problemstellungen in der Praxis besser gerecht werden zu können, aber auch um echte psychiatrische Notfälle und Krisen erfassen zu lernen.

Der Kurs soll auch dazu dienen, die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Praxispädiater/-innen und Kinder-Jugend-Psychiater/-innen zu verbessern.

Es wird prozessorientiert gearbeitet: anhand von Kasuistik und konkreten Problemschilderungen (Video, Fallvorstellung, Tonband, Rollenspiele) werden seminarartig Erfahrungen ausgetauscht und theoretisches Wissen erarbeitet (fallzentrierte Theoriebildung).

In einer zweiten Phase wird das erworbene Wissen theorieorientiert mit Falldarstellungen geübt und vertieft (theorieorientierte Falldarstellung).

Ab Block 2 oder 3 ist eine begleitende Supervision in kleinen Gruppen geplant, dies in Absprache mit den Teilnehmenden.

Themen

Block 1

Einführung, Kennenlernen, Kommunikation, Gesprächstechniken in der kinderärztlichen Praxis

Romano Torriani, Ch. Wüthrich

Kennenlernen und Einüben verschiedener Gesprächstechniken anhand von Rollenspielen

Block 2

Gesunde und gestörte Frühentwicklung der kommunikativen Fähigkeiten und der Selbstregulationsfähigkeit des Säuglings und Kleinkindes
Frau Gunda Wolter, Affoltern a. Albis

Frau Caroline Benz, Zürich

Frühe Kind-Eltern-Beziehung

Gestörte Kind-Eltern-Beziehung

Das Schreikind, Schlafstörungen, Essstörungen

Block 3

Störungen der Autonomieentwicklung

Sepp Holtz und Chr. Wüthrich

Regressives Fehlverhalten: Enuresis, Enkopresis, Schlafstörungen

Expressives Fehlverhalten: das übermässig trotzen Kind

Aggressionen: das schlagende, bissende Kind

Block 4

Psychosomatische Krankheitsbilder

Chr. Wüthrich

Angstzustände, hysterische Formenbilder, «Bauchschmerzen», «Kopfschmerzen», «Schmerzen der Extremitäten».

Wann sind Psychopharmaka hilfreich?

Block 5

Schulprobleme

Ch. Wüthrich

Schulverweigerung, Mobbing, POS/ADHS

Block 6

*Sozialpsychiatrische Probleme, Kinderschutz
Referent noch offen*

Das Kind drogenabhängiger oder psychisch-
kranker Eltern

Das Kind im Spannungsfeld bei Scheidungen
Kinderschutz im Praxisalltag

Block 7

Psychiatrische Krankheitsbilder

Anna Wyler, Bern

Das depressive Kind, Suizidalität

Das praepsychotische, psychotische Kind

Angststörungen

Pharmaka in der Praxispädiatrie

Aktive Mitarbeit der Teilnehmenden ist Voraussetzung**Vor jedem Block:**

Vorbereiten von Fällen für nächsten Block:

Video, Tonband, Folie usw.

Literaturstudium

Während dem Block:

Seminarartiges Arbeiten in Gruppen

Nach dem Block:

In Gruppen oder einzeln: Zusammenfassung
der Problematik

Mitarbeit bei der Bewertung und Evaluation
jedes Blockes.

Teilnehmerzahl maximal 30

Preis CHF 4000.–. Im Preis inbegriffen ist die Supervision. Nicht inbegriffen sind Anreise, Übernachtung, Essen, Freizeitprogramme. Der Preis entspricht CHF 250.– pro Kurstag. Bezahlung in zwei Tranchen.

Kursdaten Jeweils Donnerstag/Freitag:
Block 1: 7./8. April 2011
Block 2: 23./24. Juni 2011
Block 3: Ende Oktober 2011
Block 4: Januar 2012
Block 5: April 2012
Block 6: September 2012
Block 7: Januar 2013

Supervision Spätestens ab Block 3 finden insgesamt 4 Supervisionen regional und in kleinen Gruppen statt. Organisation im Verlaufe des Kurses.

Voranzeige

Grundkurs «Körper, Liebe, Doktorspiele»

Organisation Dr. med. Mercedes Ogil, Brunnen

Termin 4. Juni 2011

Ort Grossraum Zürich/Winterthur

ANMELDEDETAILON



Diese Anmeldung ist verbindlich.

Annullations bis 30 Tage vor Kursbeginn ohne Kostenfolge.

Bei Abmeldung weniger als 30 Tage vor Kursbeginn oder bei Nichterscheinen wird der volle Kursbetrag in Rechnung gestellt.

- ☐ **Wenn ein Kind aus unserer Praxis stirbt,**
Donnerstag, 11. November 2010, Grossraum Zürich
- ☐ **Eltern zwischen Freude und Erschöpfung – zur postpartalen Erschöpfung und postpartalen Depression,**
2. Dezember 2010, 9–17 Uhr, Spital Affoltern
- ☐ **Workshop Neonatologie für Praxispädiater und Praxispädiaterinnen,**
9. Dezember 2010, UniversitätsSpital Zürich
- ☐ **Reanimationskurs für Praxispädiater,**
Donnerstag, 13. Januar 2011,
Alterszentrum am Hottingerplatz, Zürich
- ☐ **Kinderorthopädie für die Praxis, 27. Januar 2011,**
Auditorium Schulthess Klinik, Zürich
- ☐ **Psychische, psychosomatische und psychiatrische Probleme in der pädiatrischen Praxis,**
Kurs in 7 Blöcken, April 2011 bis Januar 2013

Anmeldung für Kurse Forum Praxispädiatrie FPP

- ☐ Ich bestätige, dass ich obige Anmeldebedingungen zur Kenntnis genommen habe.

VORNAME, NAME: _____

ADRESSE: _____

PLZ/ORT: _____

E-MAIL: _____

DATUM/UNTERSCHRIFT: _____

Forum Praxispädiatrie FPP, Breitingenstr. 23, 8002 Zürich, Fax 043 344 92 67,
info@praxispaediatric.ch oder www.praxispaediatric.ch

Verlag Praxispädiatrie GmbH

Die Bestellung ist verbindlich. Die Rechnung ist innert 30 Tagen fällig.

- ☐ Testmaterial: **Neuromotorik-Testkoffer** zu CHF 480.– plus NK

NAME: _____

VORNAME: _____

ADRESSE: _____

PLZ/ORT: _____

E-MAIL: _____

DATUM/UNTERSCHRIFT: _____

Verlag Praxispädiatrie GmbH, Breitingenstrasse 23, 8002 Zürich,
Fax 043 344 92 67, info@praxispaediatric.ch



Von Tübinger Schienen und Satteltaschen

Im Mai dieses Jahres reiste wieder eine SVUPP-Delegation in die Mongolei. In den *ForumNews* berichten sie über den Fortgang des Projekts – und auch über Kurioses, das sie in dem fremden Kulturkreis erlebt haben.

VON RAOUL SCHMID,
CORINA WILHELM
UND
THOMAS BAUMANN

Letztes Jahr führten Thomas Baumann und Raoul Schmid einen Ausbildungszyklus für Neonatologinnen am «Mother and child hospital and research center (MCH)» in Ulan Bator durch. Die Erkenntnis, dass grosser Handlungsbedarf besteht, die Methode der sonografischen Früherkennung und Frühtherapie aber erst etabliert werden muss, führte zum Entscheid zur Durchführung einer Screeningstudie.

Nachdem unsere «Crew» 2009 noch als Gäste das Swiss Surgical Team (SST) begleiten durfte, haben wir, verstärkt durch Corina Wilhelm, verdankenswerter Weise mit unserem Projekt definitiv Aufnahme gefunden. Dies ist für uns von grossem Wert, weil uns damit logistische Möglichkeiten und diplomatisch-politische Beziehungen offen stehen, die uns sonst unerreichbar wären. Wir danken Beat Kehrer, dem Leiter, und dem ganzen SST für den Support und das Vertrauen!

Von Geräten und Geld

Am MCH liegt die jährliche Geburtenzahl inzwischen bei über 9000 pro Jahr. Die Neugeborenen werden auf drei räumlich getrennten Wochenbettstationen betreut und bleiben, falls keine Probleme auftreten, lediglich zwei Tage hospitalisiert. Aus logistischen Gründen war es notwendig, alle drei Stationen mit einem Ultraschallgerät auszurüsten. Zusätzlich muss den studienleitenden Expertinnen (Fachärzte für pädiatrische Radiologie) je ein modernes digitales Ultraschallgerät zur Verfügung stehen, damit die Diagnostik verfeinert werden und die endgültige Beurteilung erfolgen kann. Es versteht sich natürlich von selbst, dass alle Geräte nicht ausschliesslich zur Hüftsonografie taugen, sondern weitere Untersuchungen möglich sind (Sonografie von Hirn, Bauchorganen, Weichteilen, z.T. Schwangerschafts-Ultraschall). Die technische Ausrüstung übersteigt somit in sinnvoller Weise die minimalen Anforderungen der Hüftsonografie (Abb. 1). Trotzdem, v.a. dank der grosszügigen Unterstützung durch den Gerätehersteller (Firma General Electrics Medical Schweiz), ist es gelungen, finanziell das im Sommer 2009 erstellte Budget nicht zu überziehen. Die Schweizerische Vereinigung für Ultraschall in der Pädiatrie (SVUPP) hat auf Antrag an der Mitgliederversammlung 2009 im Sinne einer Defizitgarantie

eine zweite Finanzierungstranche gutgeheissen. Es gelang ausserdem, einige Sponsoren und Spender zu finden. Damit war fürs Erste das Hüftprojekt Mongolei gesichert. Trotzdem besteht unverändert grosser Finanzierungsbedarf für die Fortsetzung unserer Arbeit, die Studie und deren telemedizinische Einbindung.

Sonografie online

Die Möglichkeiten der Telemedizin eignen sich hervorragend für das Hüftdysplasieprojekt respektive die Screeningstudie und umgekehrt. Auf diese Art können in kürzester Zeit Daten und Informationen ausgetauscht werden. Zudem ermöglicht sie es, alle Bilddokumente lückenlos digital zu speichern. Die Speicherung auf Druckerpapier ist in der Mongolei schlicht undenkbar. Besonders aber wird es möglich sein, aus der Schweiz eine Qualitätskontrolle und -sicherung für die Studie zu garantieren. Diese ist aufgrund des Schweizer Erfahrungsvorsprunges Voraussetzung dafür, dass die Studie den erforderlichen Massstäben gerecht wird. Eine lückenlose Kontrolle aller ca. 12 000 bis 15 000 durchgeführten Untersuchungen durch die Experten vor Ort und auch in der Schweiz ist vorgesehen und kann dank Telemedizin etabliert werden. So können wir ohne Zeitverzögerung Einfluss nehmen, Teaching betreiben und sogar Vorträge übermitteln.

Technische Bedingung für diese anspruchsvolle und aufwendige Verknüpfung ist die Digitalisierung aller fünf Ultraschallgeräte, konkret die Aufrüstung mittels Framgrabber, Footswitch und PC. Der telemedizinische Datenaustausch erfolgt über eine Plattform namens «Campus medicus» (www.campusmedicus.net).

Mit Mut an die Arbeit

Schwerpunkte der diesjährigen Arbeit war die Installation der fünf Ultraschallgeräte und die Instruktion der lokal tätigen Ärztinnen in deren Handhabung. Glücklicherweise sind alle Maschinen heil und funktionsfähig in Ulan Bator angekommen und konnten problemlos in Betrieb genommen werden. Einzig ein Fusschalter muss auf der Reise verloren gegangen sein... Gleichzeitig waren wir in die Sonografie-Sprechstunde



Abb. 1:
Dr. Erdenesuvd
macht sich mit
dem neuen Gerät
vertraut.

(Hüftsonografie, aber auch pädiatrische Sonografie) von Dr. Erdenesuvd, der in der Studie hauptverantwortlichen Sonografeurin, eingebunden. Wir haben auch diesmal Trauriges und Erstaunliches gesehen, was uns in unserer Motivation noch zusätzlich antreibt. Schliesslich fanden viele Stunden unmittelbarer praktischer Anleitung der 15 Neonatologinnen, zwei Radiologinnen und dem einzigen Mann im Kurs (Kinderradiologe) in der Anwendung der Methode von Prof. Graf statt. Zwei Erkenntnisse ergaben sich: zum Ersten kämpfen die mongolischen Anfängerinnen mit den selben Anwendungsschwierigkeiten wie ihre Schweizer Kollegen (Abb. 2).

In Anbetracht der enormen Untersuchungszahlen wird sich aber hoffentlich sehr schnell die Routine einstellen. Zum Zweiten scheinen Hüftdysplasien und Reifeverzögerungen in der Mongolei nicht seltener zu sein als bei uns.

Diagnostik ist selbstverständlich nur sinnvoll, wenn therapeutische Massnahmen folgen. Mithilfe vieler Pädiater-Kollegen in der Schweiz wurden über 50 funktionstüchtige, gebrauchte Tübinger Schienen in die Mongolei mitgenommen. Viele von ihnen sind bereits im Einsatz. Herzlichen Dank den Spendern und bitte weitersammeln, auch in Zukunft herrscht Bedarf an Tübinger Schienen! (Abb. 3).

Abb. 2: Eine mongolische Neonatologin beim Ultraschall-Screening.



Abb. 3: Tübinger Schiene im Einsatz.

Tradition und Maturation

Es ist unser Konzept, alle entdeckten Dysplasien ausschliesslich mit Tübinger Schienen zu behandeln. Dies ist nach unserer persönlichen Erfahrung möglich, weil wir ja eine Frühest-Diagnose in den ersten zwei Lebenstagen stellen. Die Tübinger Schiene hat bezüglich Handhabung wesentliche Qualitäten und ist auch problemlos mehrfach anwendbar. Wir hoffen, dass wir für unseren Mut belohnt werden und sich dieses Konzept als erfolgreich erweist.

Erschwerend für Spontanverläufe, aber auch für die Akzeptanz unserer Behandlung, ist mit Sicherheit die traditionelle Wickelmethode, die eine spontane Nachreifung behindert oder verunmöglicht. Die Babys werden in der Mongolei in den ersten Monaten in mehrere Tücher eng eingewickelt, die Beine zusammengebunden. Viel wird von der Überzeugungsfähigkeit und Motivation der involvierten Neonatologinnen abhängen, mit dieser Tradition bricht die mongolische Mutter aus naheliegenden Gründen ungern (Abb. 4).



Abb. 4: Traditionelle Wickelmethode.

Die Therapie ist zum Schreien

Anekdotisch kann hier die Geschichte des Babys erzählt werden, welches im Rahmen unseres Kurses von einer Teilnehmerin als Typ D Dysplasie diagnostiziert wurde. Mit grossem Brimborium, schon fast feierlich, wurde eine Tübinger Schiene angepasst und das Kind mit Mutter wurde gleichentags zu Demonstrationszwecken in die Vorlesung bestellt. Dort erschien das Neugeborene friedlich schlafend, wie ein Kokon in Tücher gewickelt. Zum allgemeinen Erstaunen waren die Beine eng zusammengeschnürt. Des Rätsels Lösung: in der Spreizschiene habe das Baby eben geschrien, daraufhin hat die «nurse» kurzerhand den Fremdkörper entfernt. Es ist halt schon so, in ihrer Fessel-Wickelung sind die Neugeborenen ausserordentlich ruhig. Beim Gang über die belebten Wochenbettabteilungen wähnt man sich auf der falschen Station – absolut kein Babygeschrei ist zu hören. Ausserdem sind die Kinder auf diese Weise sehr «handlich» und lassen sich im Bedarfsfall auch gut in einer Satteltasche verstauen. Wir befürchten, dass die kleinen Mongolen die Dysplasie-Behandlung zum

Brüllen finden und deshalb unserem Konzept auch von den Eltern Widerstand erwachsen wird. Für Neugeborene mit unreifen oder dysplastischen Hüften ist hingegen dieses «pucken» verhängnisvoll. Symptomatisch dafür – und gleichzeitig negativer «Höhepunkt» unserer Tätigkeiten – war die Entdeckung beidseitiger hoher Hüftluxationen bei einem 3 Monate alten Zwillingpaar – dabei waren die Eltern eigentlich für eine Schädelsonografie aufgebeten worden...

Im mongolischen TV

Es galt, das Projekt gegenüber den Repräsentanten der Klinikdirektion, der Abteilung für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe, gegenüber praktizierenden Pädiatern und Vertretern von anderen Kliniken der Mongolei, sowie auch der WHO zu erläutern und vertreten. Thomas Baumann hielt mehrere Referate in diesem Zusammenhang. Ein Interview durch das erste mongolische Fernsehen (channel 1) bescherte uns zudem mediale Präsenz.

Leider ist es uns noch nicht gelungen, die Brücke über die Pädiatrie hinaus zu den Kollegen der Orthopädie zu schlagen. Dies ist besonders bedauerlich, wird doch das Hüftdysplasiescreening gerade wegen der Frühtherapie durch Pädiaterinnen von den Orthopäden mit einiger Skepsis wahrgenommen und wir deshalb mit Opposition rechnen. Umso wertvoller wird die anlaufende Studie sein – und umso wichtiger deren tadellose Umsetzung.

Ein Blick in die Zukunft

Im günstigsten Fall wird die Studie im Juli 2010 beginnen. Es bleibt zu hoffen, dass sich das Studiendesign bewährt, damit bis zum Abschluss der Evaluationsphase keine kurzfristigen Kursänderungen und auch keine nochmalige Reise nach Ulan Bator notwendig werden. Es bestehen leise Bedenken bezüglich der Studien-Umsetzbarkeit, weil bei den riesigen Untersuchungszahlen ein enormer Arbeitsanfall zu erwarten ist. Schwerer wiegt aber möglicherweise, dass breites Wickeln und auch die Therapie mit Spreizschiene einem erheblichen Bruch mit der mongolischen Tradition entspricht. Hier wird genaueste Aufklärung und Instruktion der Eltern wie auch der Ärzte und Medizinalpersonen für eine gute Compliance notwendig sein. Falls unsere Anstrengungen aber Früchte tragen und die Studie die erwarteten günstigen Resultate erbringt, hoffen wir auf eine schnelle Verbreitung der Screeningmethode auf andere Kliniken und Regionen ab 2012. Ein zweites Ziel ist es, in der Neonatologie Fuss zu fassen und dort ganz allgemein Unterstützung und Aufbauhilfe zu leisten. Corina Wilhelm hatte die Gelegenheit, ein erstes Mal hinter die Kulissen zu blicken. Sie wird uns in einer der folgenden Ausgaben der *ForumNews* ihre Eindrücke schildern.



Solidaritäts-T-Shirts für das SVUPP-Projekt Hüftdysplasie Mongolei

Vor dem Hintergrund grosser Probleme und fehlender Konzepte für die Früherkennung und Behandlung der häufigen und schweren angeborenen Hüftleiden ist, von der SVUPP lanciert, in der Mongolei ein breit abgestütztes Projekt gestartet worden. Ziel ist es, Kinderärztinnen auszubilden und mit Geräten auszurüsten, um mit Ultraschall Hüft- und andere Probleme rechtzeitig zu erkennen.

Unterstützen Sie das Projekt durch den Kauf von Solidaritäts-T-Shirts! Die Shirts eignen sich bestens als Geschenk für Freunde oder Praxismitarbeiterinnen. Für jedes gekaufte Shirt überweist die SVUPP 20 Franken direkt auf das Hüftdysplasie-Spendenkonto. Die Shirts sind respect-code gelabelt, aus 100% Baumwolle, rot mit Weissm Aufdruck.

Zwischen folgenden Modellen können Sie wählen:

Poloshirts unisex (Preis: CHF 45.00, Grössen: S (40), M, L, XL, XXL)
Poloshirts woman (Preis: CHF 45.00, Grössen: XS (36), S (38), M (40), L (42))
T-Shirts Rundhals unisex (Preis: CHF 35.00, Grössen: XS, S, M, L, XL, XXL)
T-Shirts Rundhals Kind (Preis: CHF 30.00, Grössen 4, 6, 8, 10, 12 Jahre)

Alle Preise exklusive Versand- und Portokosten. Sie erhalten mit dem T-Shirt eine Rechnung, zahlbar innert 15 Tagen.

Bitte bestellen Sie hier online: www.svupp.ch



ULTRASCHALLKURSE

**Pädiatrische Sonografie (Aufbaukurs)
(beinhaltet Abdomen-, Schädel- und
Weichteilsonografie)**

Datum	5.–6. November 2010
Ort	Gossau
Leitung/ Referent	Dr. med. Raoul Schmid, Praxispädiater Baar
Teilnehmende	20 Personen
Kosten	CHF 1000.– bzw. CHF 900.– für SVUPP-Mitglieder
Anmeldung	Mit dem Anmeldetalon auf dieser Seite

ANMELDETALON

Ihre Anmeldung ist verbindlich.

Die Annullation bis 30 Tage vor Kursbeginn ist kostenfrei.

Bei Abmeldungen von weniger als 30 Tagen vor dem Kurs oder bei Nichterscheinen muss der volle Kursbetrag verrechnet werden.

Ultraschallkurse

- ☐ **Pädiatrische Sonografie (Aufbaukurs)**
(beinhaltet Abdomen-, Schädel- und Weichteilsonografie)
Gossau, 5.–6. November 2010
- ☐ **SVUPP-o-Meter** (CHF 20.– plus Porto und Verpackung)

Anmeldung für SVUPP-Kurse

- ☐ Ich bestätige, dass ich die Anmeldebedingungen zur Kenntnis genommen habe.

Grundkurs besucht am: _____ (Datum)

Anbieter: _____ (SVUPP oder andere Vereinigung)

Aufbaukurs besucht am: _____ (Datum)

Anbieter: _____ (SVUPP oder andere Vereinigung)

Abschlusskurs besucht am: _____ (Datum)

Anbieter: _____ (SVUPP oder andere Vereinigung)

NAME: (STEMPEL) _____

VORNAME: _____

ADRESSE: _____

PLZ/ORT: _____

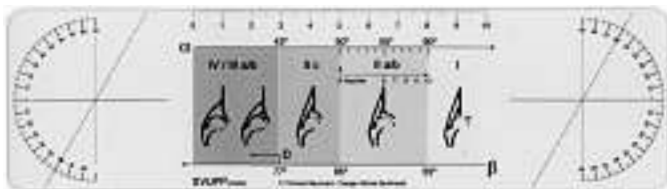
E-MAIL: _____

DATUM/UNTERSCHRIFT: _____

SVUPP

Breitingerstr. 23, 8002 Zürich, Tel. 044 520 27 17, Fax 043 344 92 67
info@svupp.ch oder www.svupp.ch

SVUPP-o-Meter



Preis CHF 20.– plus Porto und Verpackung



Jahresbericht SVUPP, 2009–2010

VON RAOUL SCHMID, PRÄSIDENT SVUPP

1. Kerngeschäft

Das abgelaufene Vereinsjahr der SVUPP darf als ruhig bezeichnet werden. Bewährtes, wie beispielsweise die Hüftsonografiekurse, fand seine Fortsetzung. Erstmals zeichneten Nils Hammerich und Markus Renggli erfolgreich für einen Grund-/Aufbaukurs verantwortlich. Die Hüftkurse sind weiter gut verankert und rege nachgefragt. Sie tragen damit zum guten Finanzergebnis der SVUPP bei. Gleiches lässt sich leider von den Kursen für pädiatrische Sonografie nicht sagen. Erneut musste ein Aufbaukurs mangels Nachfrage abgesagt werden. Nach wie vor interessieren sich hierzulande (angehende) Pädiater nicht wirklich für die allgemeine Sonografie und scheuen den Aufwand, sie zu erlernen. Das erstaunt doch sehr, weil in den meisten Praxen Ultraschallgeräte stehen, weil alle Kollegen, die aus Deutschland zuwandern, eine Ultraschallausbildung zwingend erhalten haben und weil sich die Methode so vorzüglich für Kinder eignet.

2. Vorstand

Der SVUPP-Vorstand konnte seine Arbeit in bewährter, leicht verjüngter Zusammensetzung erledigen. Auf das Ende des Geschäftsjahres kündigen sich allerdings Mutationen an. Um es gleich vorwegzunehmen: sie sind nicht das Resultat von Meinungsverschiedenheiten, sondern die Konsequenz einer Straffung und Reorganisation auf Vorstandsebene.

Unsere verdiente, ehemalige Co-Präsidentin Andrea Imahorn, der engagierte Ombudsmann Markus Renggli und Christoph Baumgartner werden nach vielen Jahren aktiver Mitarbeit aus dem Vorstand austreten. Nils Hammerich wünscht, das Amt des Kassiers abzugeben und verlässt den Vorstand ebenfalls. Allen vier schuldet die SVUPP grossen Dank für ihre langjährige, kollegiale Vorstandstätigkeit. Der SVUPP-Vorstand wird sie anlässlich der Jahresversammlung verabschieden und die Neuverteilung der Ressorts bekanntgeben.

3. Geschäftsstelle

Noëlle Müller-Tscherrig ist im Juni 2010 Mutter geworden und das gleich doppelt. Sie hat damit eine neue Herausforderung angetreten und die Geschäftsstelle der SVUPP verlassen müssen. Wir freuen uns darüber, dass beide Zwillinge gesund sind und bestens gedeihen und gratulieren der Familie von Herzen.

Mit Simon Hubacher konnte ein hoch kompetenter und engagierter neuer Geschäftsleiter gefunden werden. Die Übergabe ist aus Sicht der SVUPP reibungsfrei und unkompliziert über die Bühne gegangen, dies nicht zuletzt dank Corinne Morger, welche weiterhin in einem Teilzeitpensum auf der gemeinsamen Geschäftsstelle von SVUPP und dem Forum Praxispädiatrie arbeitet.

4. Finanzen

Wie erwähnt werden wir den Posten des Vereinskassiers neu besetzen. Der neue Amtsinhaber wird anlässlich der Jahresversammlung vorgestellt. Natürlich wird es Nils Hammerich vorbehalten sein, sozusagen als letzte Amtshandlung den Geschäftsabschluss des Vereinsjahres 2009/2010 zu präsentieren. Wir erwarten ein ausgeglichenes Ergebnis.

5. Vernetzung der SVUPP

Die gute Zusammenarbeit mit der Kommission Hüftsonografie wird weitergeführt. Dank der pragmatischen Koordination von Rezertifizierung und SVUPP-Refresherkursen gibt es für die Kommission recht wenig Arbeit. Das könnte sich ändern, wenn weiter gehäuft Meldungen von Diagnosefehlern und inkorrektur Anwendung der Hüftsonografie (mehrheitlich von Kliniken und dort tätigen Radiologen ohne Fähigkeitsausweis) eingehen. Der SVUPP kommt da keine Schiedsrichterrolle zu. Wir werden uns aber weiter für die Qualität und auch für die Interessen unserer nach den Regeln von Graf ausgebildeten und tätigen Mitglieder einsetzen!

Auch zur SGUM werden gute Kontakte gepflegt. Wie in Pädiatrica (Vol. 21, No. 3, S. 44) 2010 publiziert, wurden die Bestimmungen im Fähigkeitsprogramm Sonografie angepasst. Die wesentliche Änderung ist die verpflichtende Einführung einer sanktionierenden Schlussevaluation im Anschluss an die theoretische und praktische Ausbildung. An sich ist es begrüssenswert, wenn der Überprüfung von Qualität ein Stellenwert beigemessen – und nicht nur Quantität verlangt wird. De facto handelt es sich aber erneut um eine Auflage, eine Erschwernis, mit welchen wir uns in unserer Tätigkeit zunehmend «reichlich» konfrontiert sehen und die noch zusätzlich abschreckende Wirkung haben dürfte, einen FA zu erwerben.

Die Hüftsonografie wird von diesen Änderungen nicht unmittelbar betroffen, da sie separat in einem eigenen Programm geregelt ist.

6. Hüftdysplasie-Projekt Mongolei

In der Mongolei besteht grosser Handlungsbedarf, wie eine Delegation auch in diesem Jahr erlebt und erfahren hat. Ich erlaube mir, in diesem Zusammenhang auf die ausführliche Berichterstattung in den *ForumNews* und auf dem Blog <http://web.me.com/tombaum5> zu verweisen. Wie bei Hilfsprojekten zu erwarten, besteht grosser Finanzbedarf. Wir sind nach wie vor auf Sponsorensuche, und jede Spende ermutigt uns und verstärkt unsere Motivation. Der Vorstand der SVUPP hat beschlossen, das Projekt mit einer Solidaritäts-T-Shirt-Aktion zu unterstützen. Der Erlös von 20 Franken für jedes T-Shirt geht direkt auf das Spendenkonto und kommt Kindern in der Mongolei zugute. Die entsprechende Information wird über die Kanäle der SVUPP und des Forum Praxispädiatrie gestreut. Die Initianten und der SVUPP-Vorstand bedanken sich für jede Unterstützung!



l e s e r b r i e f e

Leserbrief zum Artikel «Geringe Auffälligkeiten in der frühkindlichen Bewegungsentwicklung und später auftretende Lernstörungen: Gibt es einen Zusammenhang?», in der ForumNews Sommer 2010

Mit einigem Erstaunen habe ich den Fortbildungsteil der letzten *ForumNews* studiert. Schliesslich ist das Forum für mich die Plattform, von der ich solide und praxisrelevante Informationen erwarte. Als ich dann aber den Artikel über «Geringe Auffälligkeiten in der frühkindlichen Bewegungsentwicklung und später auftretende Lernstörungen: Gibt es einen Zusammenhang?» studierte, war ich einigermassen entsetzt. Es wird auf zwei Seiten ein kausaler Zusammenhang von leicht auffälligen Bewegungsmustern des Säuglings über eingeschränkte Blickfelderweiterung, zum Schielen, und schliesslich zu Lernstörungen hergestellt. Und als ob dies noch nicht genug wäre, wird auch noch postuliert, dass die frühzeitige, «ursächliche» Therapie dieser Bewegungsstörungen die weiteren Probleme verhindere. Selbstredend, dass der wissenschaftliche Background im Artikel keinen Platz findet (wenn denn überhaupt vorhanden).

Wenn praxisrelevante Fortbildung bedeutet, dass alles, was nicht aus einer wissenschaftlichen Klinik kommt, gut sein soll, dann verzichte ich lieber darauf. Tagtäglich beschäftigen wir uns mit Kindern, bei denen von Pädagogen, Psychologen, Therapeuten usw. irgendwelche Störungen entdeckt werden (am besten wie hier postuliert mit einem Screeningbogen) und wir die Verordnung für eine abstruse Therapie unterschreiben sollen. Und dann dieser Artikel im Heft der Praxispädiater. Ich wünschte mir in Zukunft eine strengere Selektion.

PAUL MEIER, SOLOTHURN

Die ForumNews ist eine Verbandszeitschrift, die nicht das primäre Ziel hat, wissenschaftliche Artikel zu veröffentlichen, sondern versucht, das weite Spektrum der Pädiatrie – auch wenn es nicht immer evidence based ist – aufzuzeigen. Es sollen somit auch Erfahrungsberichte und Expertenmeinungen verschiedenster Provenienz Platz in der ForumNews finden, und wir freuen uns, wenn diese zur Diskussion anregen. Als Kinder- und Jugendärzte wissen wir sehr wohl, dass nicht aus allen auffälligen Befunden weitere diagnostische oder gar therapeutische Konsequenzen gezogen werden. Es ist unsere Aufgabe, dies den Eltern und vor allem den Therapeuten aufzuzeigen. Nicht zuletzt orientieren sich unsere Beobachtungen und Untersuchungsergebnisse in den Vorsorgeuntersuchungen stark an den Abweichungen von der Norm. Die Untersuchungsmethoden sind selten evidenzbasiert, sondern stark geprägt von unserer Erfahrung.

CARSTEN PETERS (LEITER REDAKTIONSTEAM)

Geringe Auffälligkeiten in der frühkindlichen Bewegungsentwicklung und später auftretende Lernstörungen. Gibt es einen Zusammenhang?

Vielen Dank für den interessanten Beitrag von Frau Bein-Wierzbinski. Die von ihr beschriebene Kombination aus auffälliger neuromotorischer Entwicklung (späterem trocken werden) und der visuomotorischen Schwächen, die grosse Auswirkungen auf den Erfolg in der Schule haben können, kann ich nur bestätigen. Frau Bein-Wierzbinski bietet mit ihrem Screeningbogen eine einfache, zeitlich nicht sehr aufwendige Möglichkeit, bereits im Säuglingsalter eine Auffälligkeit in der motorischen Entwicklung zu entdecken und wie von ihr vorgeschlagen mit den Eltern zu besprechen. Es sollte sich bei diesem Gespräch m. E. darum handeln, den Eltern aufzuzeigen, wie sie ihrem Kind ermöglichen, sein neuromotorisches Spektrum zu erweitern, ein Pathologisieren sollte vermieden werden.

Frau Bein-Wierzbinski hat dazu als konkrete Unterstützungshilfe ein Kinderbuch mit Bewegungsspielen gestaltet. Unsere Vorsorgeuntersuchungen und die Kontinuität in der Betreuung in der Praxis ermöglichen uns Entwicklungsverläufe und Zusammenhänge zu beobachten, eine einfache Dokumentation kann entscheidend dafür sein, was wir aus diesen Beobachtungen schlussendlich machen, ob wir etwas als pathologisch oder als neue Normentwicklung betrachten. Auch hier könnte der PÄPKI-Screeningbogen eine wertvolle Hilfe sein. So fällt mir auf, dass seit Einführung der Rückenlage zur Prävention des SIDS die neuromotorische Entwicklung ganz anders verläuft als vorher. Dies betrifft in den ersten Lebensmonaten vorwiegend die Kopfhaltung, die Rumpfmotorik sowie die visuelle Wahrnehmung der Umgebung. Hinzu kommt eine andere (In-)Aktivität bereits der Säuglinge und Kleinkinder, sowie eine andersartig gestaltete Interaktion mit den direkten Beziehungspersonen.

Viele dieser Änderungen fördern eine Auffälligkeit im Ruf-Test und führen irgendwann zu einer Therapie. Es taucht nun die Frage auf, in wie fern wir unsere Tests (z. B. Ruf und Raven) den «neuen» Kids anpassen müssen, denn in gleichen Masse, wie die Kinder neuromotorisch schlechter abschneiden, werden sie (Computer und Co. sei dank?) im Raven immer besser. Oder sollten wir nicht nur zu Hause und in der Schule, sondern auch in der Praxis das Augenmerk vermehrt auf die individuellen Stärken statt auf die Defizite legen? Damit würde viel Druck den Kindern und deren Eltern weggenommen werden und liesse sich die Anzahl Therapien verringern.

MARLEEN GROSHEINTZ, LANDQUART

Korrigenda

In der *ForumNews* Sommer 2010 wurde beim Artikel «Zur Bedeutung der Hochtonrassel im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen» dem Autoren Sepp Holtz als Titel irrtümlicherweise «PD Dr. med.» vorangestellt. Richtig ist «KD Dr. med.» (für Klinischer Dozent). Die Redaktion entschuldigt sich für das Versehen.



Dr. Pedi brilliert auch
kardiologisch...

HEU SCHNUPFEN? FLUIMARE®

Nasenspray



Die wohltuende Dusche
für die Nase,
die die Pollen wegspült!

Das Meer im Taschenformat!

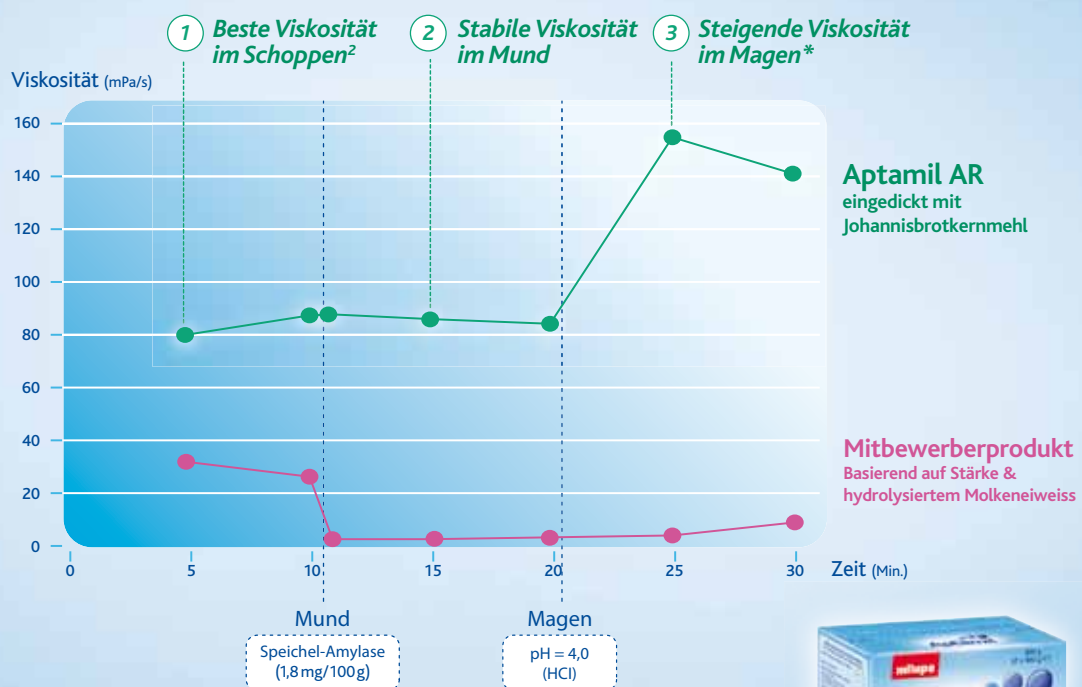
Natürliches Produkt
ohne Konservierungsmittel
ohne Treibgase

AptamilTM

AR Anti-Reflux

Nicht alle Anti-Reflux Nahrungen sind gleich

Optimale Viskosität¹ und ausgewogene Ernährung²



*dank Caseindominanz (80/20) – normale Magenentleerung³

¹ Danone Research Data on file

² Levchenko et al. Gastroenterol Belg. 1998, 61 (3) ; 285-7

³ Fabiani et al. JPGN.2000, 31 (3) ; 248-50

Stillen ist ideal für ein Kind. Die WHO empfiehlt ausschliessliches Stillen während 6 Monaten.

WISSENSCHAFTLICHE INFORMATION



**Eine Lösung, die ihre Wirksamkeit
seit mehr als 14 Jahren unter Beweis stellt.**

Kinder sollen Kinder bleiben

- ▶ **Wirksame Asthmakontrolle**
- ▶ **Einfache Dosierung einmal täglich**
ohne komplizierte Geräte
- ▶ **Gut verträglich**
- ▶ **Nicht-steroidal**



**SINGULAIR® – eine wirksame Alternative
für Kinder verschiedenen Alters**

SINGULAIR®
(Montelukast, MSD)
Take Control.

Konsultieren Sie bitte vor der Verschreibung von SINGULAIR® die komplette Fachinformation im Arzneimittel-Kompodium der Schweiz.

Abgekürzte Fachinformation SINGULAIR®: **Indikation:** Chronisches Bronchialasthma bei Erwachsenen und Kindern ab 6 Jahren. Bei Kindern von 2 bis 5 Jahren mit gesicherter Asthmad Diagnose: a) als Monotherapie bei leichten, nicht steroidpflichtigen Formen; b) als Zusatztherapie zu Kortikoiden bei schweren Formen. Bei Kindern von 6 Monaten bis 2 Jahren mit gesicherter Asthmad Diagnose: a) als Monotherapie bei leichten, nicht steroidpflichtigen Formen; b) als Zusatztherapie zu Kortikoiden bei schweren Formen. Linderung von Symptomen der saisonalen und perennialen allergischen Rhinitis bei Erwachsenen und Kindern ab 2 Jahren. **Dosierung/Anwendung:** Erwachsene eine 10mg Tablette pro Tag. 6–14 jährige Kinder eine 5mg Kautablette pro Tag. 2–5 jährige Kinder eine 4mg Kautablette oder ein Sachet 4mg pro Tag. 6 monatige–2 jährige Kinder ein Sachet 4mg pro Tag. Für die Behandlung von Asthma sollte die Dosis am Abend vor der Bettruhe, für die Behandlung der allergischen Rhinitis sollte sie entweder morgens oder abends eingenommen werden. SINGULAIR® kann mit oder ohne gleichzeitige Nahrung eingenommen werden. SINGULAIR® orales Granulat kann entweder direkt auf die Zunge oder in den Mund gegeben werden oder vermischt auf einem Löffel mit weicher Nahrung oder eingerührt in einem Teelöffel Babynahrung oder Muttermilch (jedoch nicht in andere Flüssigkeiten) und sollte innerhalb 15 Minuten nach Öffnen des Sachets verabreicht werden. SINGULAIR® kann zu einer bestehenden Asthmaerapie mit inhalativen Kortikoiden oder β_2 -Agonisten nach Bedarf hinzugefügt werden. SINGULAIR® bringt zusätzlichen klinischen Nutzen für Patienten unter inhalativen Kortikoiden. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegenüber einem der Bestandteile dieses Produkts. **Vorsichtsmassnahmen:** SINGULAIR® sollte nicht zur Behandlung von akuten Asthmaanfällen eingesetzt werden. Obwohl die Dosis von gleichzeitigen inhalativen Kortikoiden unter ärztlicher Aufsicht stufenweise reduziert werden kann, sollte SINGULAIR® nicht als plötzlicher Ersatz für inhalative oder orale Kortikoide eingenommen werden. Die Reduktion der systemischen Kortikosteroid-Dosis führte bei Patienten unter Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten in seltenen Fällen zu einer systemischen eosinophilen Vaskulitis. **Unerwünschte Wirkungen:** Gesamtinzidenz von unter SINGULAIR® aufgetretenen Nebenwirkungen war mit Placebo vergleichbar. **Erwachsene:** Dyspepsie, Bauchschmerzen, Zahnschmerzen und Kopfschmerzen mit höherer Inzidenz als unter Placebo. Inzidenzrate dieser Erscheinungen in beiden Gruppen ist nicht signifikant unterschiedlich. **Kinder:** Kopfschmerzen (Kinder 6–14 J.) und Durst (Kinder 2–5 J.) mit einer höheren Inzidenz als unter Placebo. Durchfall, Hyperkinesie, Asthma, ekzematöse Dermatitis und Hautausschlag (Kinder 6 Mt.–2 J.) mit tendenziell höherer Inzidenz als unter Placebo. Inzidenzrate dieser Erscheinungen in beiden Gruppen nicht signifikant unterschiedlich. **Interaktionen:** SINGULAIR® kann gleichzeitig mit anderen Substanzen, die routinemässig zur chronischen Asthmaabehandlung und Behandlung der allergischen Rhinitis verwendet werden, verabreicht werden. Keine wesentliche Wirkung auf die Pharmakokinetik von: Prednisolon, orale Antikonceptiva, Terfenadin, Digoxin und Warfarin. In *in vitro* Studien ist Montelukast ein Inhibitor von CYP2C8, es wurden jedoch keine *in vivo* Studien durchgeführt. **Packungen:** SINGULAIR® (Montelukast): Filmtabletten zu 10mg; 28 und 98, Kautabletten zu 5mg; 28 und 98, Kautabletten zu 4mg; 28 und 98, Sachets zu 4mg oralem Granulat; 28. Verkaufskategorie B. Stand der Information: Februar 2009. **Kassenpflichtig.**

© Eingetragenes Markenzeichen von Merck Sharp & Dohme Corp., eine Tochtergesellschaft von Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, U.S.A.

02-2011-SGA-2010-CH-1746 J



MERCK SHARP & DOHME-CHIBRET AG
Schaffhauserstrasse 136, CH-8152 Opfikon-Glattbrugg
Tel. +41 44 828 71 11, Fax +41 44 828 72 10, www.msd.ch

